

Boletim do Centro Médico "Eurico Branco Ribeiro"

SUPLEMENTO DE "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Vol. I

Ponta Grossa - Paraná - Março de 1942

N.º 1

Resumo das sessões realizadas

SESSÃO ORDINARIA DE 7-10-941

Um caso de invaginação intestinal — DR. AGOSTINHO BRENER — Tratava-se de um paciente com sinais de obstrução intestinal incompleta há mais de 15 dias, no qual uma radiografia simples mostrou imagens hidro-aéreas típicas. Na intervenção encontrou-se uma invaginação ileocecal até o transverso, desfeita com dificuldades pelas manobras clássicas. A invaginação era provocada por um polípo na luz do íleo a 30 centímetros da válvula de Bauhin. No exame anátomo-patológico o polípo revelou ser de origem tuberculosa. Na operação foi feita a ressecção de uma porção ileal incluindo o tumor. O posoperatório foi acidentado, aparecendo diversos abscessos frios na parede abdominal. O autor referiu-se ao papel do polípo no mecanismo da invaginação e fez hipóteses sobre a patogenia daquele, esclarecendo que o doente anteriormente sofreu um processo pulmonar suspeito de tuberculose e que uma radiografia feita recentemente não revelou lesão evolutiva nos pulmões.

Discussão : Dr. J. Gravina encara o caso sob o ponto de vista da fisiologia e tece alguns comentários sobre a patogenia do processo tumoral. O Dr. O. Moro recorda um caso observado na companhia do Dr. A. Schwansee, de uma invaginação ileocecal provocada por um pequeno tumor na ampola cecal acompanhado de tu-

mefação dos ganglios regionais. Suspeita uma origem tuberculosa, porque numa segunda intervenção, já não encontrou-se mais o tumor.

SESSÃO ORDINARIA DE 4-11-941.

Um caso raro de ranula congenita — DR. ORLANDO MORO — O A. apresenta a observação de um recém-nato com 12 horas de vida. Operou o pacientezinho tendo conseguido a enucleação do quisto mucóide, não havendo até agora recidiva, passados já 8 meses. A intervenção feita no dia mesmo do nascimento foi necessária porque tratava-se de uma ranula sublingual que enchia a fenda bucal e iria prejudicar a sucção. A propósito da observação desenvolve o assunto recordando as diversas hipóteses da formação das ranulas, chegando a conclusão que no caso presente a origem mais provável tenha sido nas glândulas de Blandim-Nühn, devido a localização do quisto.

Tubagem duodenal como elemento de diagnostico e terapêutica — DR. Bady Nassar — Recorda o A. o histórico da entubação, sua técnica e indicações. A propósito cita algumas concludentes observações nas quais aquele método desempenhou papel relevante.

Comentam o trabalho os Drs. A. Brener e O. Moro.

SESSÃO ORDINÁRIA DE 2-12-941.

O impudismo no interior do Estado — DR. JOÃO XAVIER VIANA — O autor que é chefe do 3.º distrito sanitário do Estado, descreve as características do último surto malárico no Estado do Paraná, sua localização, etc. Esclarece qual foi o papel da Saúde Pública e encara a campanha sanitária desenvolvida, em seus aspectos, geral e particular; justificando as medidas tomadas de acordo com as necessidades, locais, econômicas e sociais. Após algumas considerações mais, prevê um surto bastante mais benigno para o ano de 1942, baseado em pesquisas realizadas recentemente nas zonas palúdicas. Na discussão tomam parte os Drs. Fontes Lima, Milton Lopes e A. Brener.

SESSÃO EXTRAORDINÁRIA DE 21-12-941.

A terapêutica das vesiculites (Conferência) — DR. GILBERTO CAMPOS FREIRE — O conferencista que é chefe do Serviço de Urologia da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, dirigida pelo professor Briquet, realiza uma interessante conferência sobre aquele tema. De início faz uma sucinta recordação da anatomia e fisiologia, da uretra posterior, vero-montanum e vesículas seminais. Cita modernos estudos anatômicos. Estuda principalmente a patogenia da vesiculite gonocócica, e do papel por ela desempenhado na esterilidade masculina. Analisa ligeiramente os elementos para diagnóstico e finalmente chega à terapêutica. Aqui estuda a ação dos diversos sulfo-conjugados dos quais prefere o sulfatiazol; analisa a ação da diatermia, massagens, e lavagem das vesículas seminais, afirmando não ter obtido resultados satisfatórios com as últimas. Referindo-se ao aparelho de Kettering, diz que os efeitos são bons nos casos selecionados e quando usada técnica adequada. Por

92)

fim cita a vesiculectomia nos casos rebeldes.

A conferência foi bastante documentada e no final mereceu dos presentes uma salva de palmas.

SESSÃO ORDINÁRIA DE 6-1-942.

Osteomielite postifícia tardia — DR. ANTONIO SCHWANSEE — Descreve um caso observado em sua clínica, de uma senhora que teve febre tifóide há 24 anos atrás, na convalescença da qual teve uma afecção óssea no antebraço direito. Foi então operada e reoperada duas vezes mais tarde. Anos depois, foi tratada como reumática por ter dores difusas no antebraço direito. Ao consultar o autor, este a encontra com febre ligeira, dor localizada no terço superior do cubito, e tumefação das partes moles. Uma punção exploradora retira pus cuja cultura não revelou germes, porém a soro aglutinação de Widal com o mesmo, resultou positiva para o Paratifo-B. A radiografia demonstrava no cubito um foco de destruição, bem nítido e localizado. Operou a paciente, curetando amplamente o foco de osteíte, e empregou depois a vacinoterapia específica, com excelentes resultados.

Osteíte gomosa sífilítica — DR. MILTON LOPES — Relata por menorizadamente a observação clínica em uma menina de 5 anos, tendo acompanhado a doentinha por dois anos. Era uma menina com sinais de lues congênita, apresentando osteítes múltiplas, lesões oculares, auditivas, destruição do palato duro por goma, e Wassermann positivo. Tinha intolerância pelos arsenicais tri e pentavalentes, e por essa razão o autor usou com sucesso o tartaro vanadato de sódio e o iodreto de potássio. Atualmente a paciente está clinicamente quasi curada.

Discutem o assunto os Drs. Fontes Lima e P. Xavier, considerando ambos que os arsenicais tinham uma relativa contra-indicação no caso, dada a possibilidade de lesar a papila.

Boletim do Centro Médico "Eurico Branco Ribeiro"

SUPLEMENTO DE "ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Vol. I

Ponta Grossa - Setembro de 1942

N.º 2

Resumo das sessões realizadas

SESSÃO ORDINÁRIA DE 3-2-1942

Pres. DR. A. BRENNER

Contribuição ao histórico do tracoma no Brasil — DR. FONTES LIMA — Divide o trabalho em duas partes — por demasiado extenso — das quais a primeira é apresentada nesta sessão ficando a segunda para uma posterior. O A. recorda as origens mais remotas da oftalmologia, na antiga Persia e Egito, porque já então há referências a oftalmias semelhantes ao tracoma. Acom-

panha a evolução da oftalmologia e junto com ela o desenvolvimento endêmico e epidêmico da oftalmia tracomatosa, até os meados do século XVI. Considera aqui terminada a primeira parte do seu trabalho.

Comenta o trabalho o Dr. Paula Xavier que recorda a obra de Hipocrates traduzida por Celso, no que ela se refere a oftalmologia.

SESSÃO ORDINÁRIA DE 3-3-1942

Presidente: DR. A. BRENNER

Miase do tímpano — DR. FONTES LIMA — O A. apresenta a observação de um adulto que tinha um dos tímpanos perfurado por larvas de uma mosca que acidentalmente havia penetrado no conduto auditivo externo. Duas das larvas encontravam-se na caixa do tímpano, donde foram retirados com alguma dificuldade por meios mecânicos. Ao referir-se à terapêutica, recorda ligeiramente o uso do cianeto de mercúrio por via endovenosa nas miases nasais e bucais, sem eficácia nos casos como o presente.

Atresia anal — DR. ORLÁNDO MALUCELLI MORO — Trata-se da observação de um recém-nascido, cuja única anormalidade era a

ausência de anus complicada de uma fistula cujo orifício externo estava no escroto ao nível da prega mediana. Aproveitando a oportunidade o A. recorda a patogênica e a classificação das mal formações da região perineal. Descreve sucintamente a observação clínica e a intervenção clínica realizada sobre o pacientezinho, durante a qual verificou-se que não existia esfínter anal. Por esse motivo, instalou-se no post-operatório uma incontinência fecal e consequente desidratação que veio provocar a morte nove dias depois da operação, apesar das medidas tomadas.

Comenta o trabalho o Dr. A. Brenner, que recorda dois casos seus operados com sucesso; nos quais porem existiam esfínteres.

SESSÃO ORDINÁRIA DE 7-4-942

Presidente: DR. J. P. XAVIER

Blefarites e pioctaninas — DR. JOAQUIM DE PAULA XAVIER — O A. divide o trabalho em três capítulos: no primeiro, faz considerações gerais sobre as blefarites: definição, etiologia, classificação; frequência, evolução e tratamento; no segundo, estuda as pioctaninas, especialmente o emprego do lapis nas blefarites, de acordo com

a técnica de Van Lint; e, finalmente, no terceiro, relaciona quinze observações referentes a casos tratados na sua clínica hospitalar e particular, com resultados satisfatórios.

O trabalho foi comentado pelo Dr. Fontes Lima, enquanto que o Dr. A. Russo, pede um esclarecimento da parte técnica.

SESSÃO ORDINÁRIA DE 5-5-942

Presidente: DR. A. BRENNER

Miase palpebral — DR. JOAQUIM DE PAULA XAVIER — Após fazer considerações gerais sobre a definição, classificação, frequência e tratamento das miasas, o A. apresenta um quadro demonstrativo, onde se acham relacionados 38 casos de sua clínica particular e hospitalar. Menciona alguns processos de extração das larvas,

fazendo referências sobre os de Edilberto Campos e J. Pereira Gomes. A seguir, apresenta uma observação de miase palpebral, em que a larva se alojara junto ao saco lacrimal, donde foi retirada com o auxílio do dilatador de Galezowsky. Por último alguns dados bibliográficos.

SESSÃO EXTRAORDINÁRIA DE 26-5-942

Presidente: DR. A. BRENNER

Perturbações produzidas pela infestação da vesícula biliar por strongiloides stercoralis — DR. BADI NASSER — O A. apresenta a observação dum caso de infestação da vesícula biliar por larvas de Strongiloide Stercoralis, achado de uma entubação duodenal com fins diagnosticos realizada em uma moça portadora de uma afecção hepática. A propósito do caso observado o Dr. Nasser, estuda o Strongiloide, dando sua história, morfologia, evolução, etc.... Des-

creve a seguir a observação clínica e faz hipóteses sobre a patogenia, assinalando que em exames de fezes não foram encontradas larvas, que apareciam unicamente na bile B. A terapêutica usada consistiu em injeções endovenosas de tartáro emético a 10% e violeta de genciana por via oral. No final do tratamento a paciente tinha melhorado clinicamente, e as larvas tinham desaparecido da bile B, obtida em nova entubação.

R
a
a,
le
r-
a
r-
le
a
el
as
r-
le

AN

MT

61

45

03

DL.

NOV 29 1944

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone 7-4029

Caixa Postal, 1374 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 ano 30\$000. Por 2 anos. . . . 50\$000.

OL. XLIV

Julho de 1942

N. 1

Sulfalbum

comprimidos de
sulfanilamida dosados
a 0,5^{ra}45.

Tolerancia perfeita quando
usados concomitantemente
com injeções endovenosas
de Hexose (glicose a 50%)

Éis
um nome facil de
guardar:

Sulfalbum

NATRIFILIN

(o "Phylliran" austriaco)

**Cardiotônico, vasodilatador,
diurético, anti-espasmódico.**

Sal sódico de éster etílico do ácido 1,3 dimetilxantinearhamínico

O único sem teofilina livre,
nem etilenodiamina!

Não tem similar quanto à composição, nem equivalente no tratamento da angina de peito, moléstias espasmódicas dos vasos, na asma brônquica. Ótimo diurético, excelente condutor no tratamento da desconexão cardíaca.

Apresentações:

AMPOLAS: { de 5 cc. — uso endovenoso } Correspondendo
 { de 10 cc. — uso intramuscular } cada uma a 0,25
DRÁGEAS: cada drágea corresponde a 0,05 grs. de teofilina
SUPOSTÓRIOS: cada unidade corresponde a 0,25 grs. de teofilina

Literatura à disposição dos senhores médicos

LABORATÓRIO CARLBERG - PARREIRA

Rua Santo Amaro, 346

Fono. 3-6597

ESCRITOIO:

Rua Firsiroti, 46 - 10.^a andar - Foco, 3-5353

SÃO PAULO



A

P
a
à
l.

E

Il

E

As

Sumário:

	Pág.
A vitamina B ¹ nas arterites — Dr. Fernando Morais . . .	5
Considerações clínico-radiológicas acerca dos abscessos sub-frê- nicos — Dr. Manoel de Abreu Campanário	19
A reativação biológica da sífilis — Ac. Merrame Aduara . . .	33
Sobre um caso de blastomicose (granuloma paracoccidióide) curado pela sulfanilamida — Dr. Firmino de Oliveira Lima . .	51
Produção médica de São Paulo.	
Sociedade de Medicina e Cirurgia	61
Associação Paulista de Medicina.	63
Sociedade Médica São Lucas	84
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul . . .	85
Rotary Club de São Paulo	89
Outras sociedades	89
Literatura médica	90
Imprensa médica de São Paulo	91
Vida médica de São Paulo	92

CITAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Pedimos encarecidamente aos nossos colaboradores que ao fazerem *citação bibliográfica* obedeçam rigorosamente às seguintes normas:

I. Quando se trata de PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS:

Nome do autor,
Título do artigo (em itálico ou entre aspas);
Nome do jornal ou revista e lugar onde é editado;
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Mês (dia do mês, se possível) e
Ano.

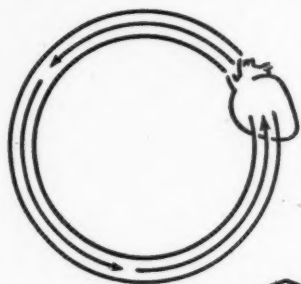
Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: "Adenocarcinoma primitivo da vesícula biliar", Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXVII, 431, abril de 1934.

II. Quando se trata de LIVROS E MONOGRAFIAS:

Autor;
Título da obra (em itálico ou entre aspas);
Edição (se não for a primeira);
Volume (em algarismos romanos);
Página (em algarismos arábicos);
Editor;
Cidade; e
Ano.

Exemplo: EURICO BRANCO RIBEIRO: *Estudos Cirúrgicos*, I, 231, Sociedade Editora Médica Ltda., São Paulo, 1934.

As separatas são fornecidas ao preço de 45000 por pagina, 100 exemplares



CORAMINA



Analéptico cardio-respiratório hidrosolúvel

de acção pronta e eficaz em
todos os casos em que se
altera o equilíbrio do apare-
lho circulatório, como p. ex.

**Colapsos - Insuficiência cardíaca e
circulatória - Doenças infecciosas - In-
toxicações - Incidentes da narcose, etc.**

Ampolas de 1,7 e 5,5 cc. Gotas.



PRODUCTOS QUÍMICOS CIBA S. A.
Rio de Janeiro - São Paulo - Recife

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitinguí, 114 — Telefone, 7-4020
Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 30\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLIV

Julho de 1942

N. 1

A vitamina B¹ nas arterites *

Dr. Fernando Moraes

Médico no Recife

Dedico este trabalho ao prof. Geraldo de Andrade, meu orientador na ardua vida médica.

O AUTOR

E' possível dizer que a historia da vitamina B¹ é a mesma das vitaminas em geral. Quando Eijkman descobriu a polineurite das galinhas em 1897, marcou o início de nova era, que com o resultado de pesquisas posteriores, veio modificar as ideias acêrca da nutrição.

Provas experimentais convincentes só muito mais tarde foram realizadas por varios investigadores salientando-se Stepp, Schaumann, Hopkins, Funk e Mc. Collum. As pesquisas dos últimos anos, mostrando a composição química de varias vitaminas, a intima relação entre estas e os hormonios, têm contribuido de maneira decisiva para o estudo da patogenia de varias entidades mórbidas. Sua importância não fica aí, reconhecendo-se hoje que elas parecem exercer efeitos curativos independentes de sua função como princípio nutritivo.

A substancia descoberta por Funk, em 1911 (fator antiberiberico), foi denominada vitamina pelo seu descobridor, em virtude de querer caracteriza-la como uma base azotada de importância vital. Quando outros fatores se tornaram conhecidos, receberam também a denominação de vitamina como designação de grupo, sendo diferenciadas pelas letras do alfabeto, recebendo o

(*) "Premio Prof Gouveia de Barões", de 1941.

fatôr antiberiberico a letra B. Com o caminhar das pesquisas, chegou-se a conclusão de que as vitaminas B, encontradas em substancias varias, não eram um só elemento, e sim, a mistura de principios ativos diferentes, soluveis na agua e difficilmente separaveis um do outro. Com isto, ficou constituido um complexo vitaminico B, cujas vitaminas mantêm esta letra, acrescida de um expoente numerico: principio antiberibérico — vitamina B¹; fatôr antipelagroso — complexo B² (vitamina G na America), composto pelas vitaminas B² e B⁶ e o fatôr PP: e as vitaminas B³ B⁴ B⁵ B⁷.

As indicações therapeuticas da vitamina B¹, são bastante largas. Entretanto elas se resumem em sua ação sobre o metabolismo e sobre o sistema neuro-glandular. Age sobre as manifestações sintomaticas varias decorrentes de um só fatôr: desequilibrio metabolico-neuro-glandular.

O caso que teremos oportunidade de apreciar dentro em pouco, não parece fugir a esta assertiva. Trata-se de um doente do Prof. Geraldo de Andrade, que nos foi enviado para a obtenção de um traçado estigmico, por se achar com arterite do membro inferior direito. Realizado os arteriogramas (fig. 1) constatou-se pequena amplitude do pulso arterial ao nivel do terço inferior da perna direita, confirmando-se graficamente o diagnostico clinico. Interessamo-nos vivamente pelo caso, acompanhando até o resultado final. Foi empregada a vitamina B¹; antes porem de darmos nossa opinião sobre a maneira de agir deste elemento no processo arterial que se desenvolvia, passaremos a um estudo sobre o mecanismo vaso-motor e outro a respeito do metabolismo, os quais se fazem necessarios á bôa compreensão do nosso ponto de vista.

A pressão sanguinea varia de acôrdo com o volume sistolico, a resistencia periferica e a massa de sangue circulante. A segunda depende do grão de contração das arteriolas e capilâres. A contração destes vasos está sob o controle permanente do centro vaso-motor, situado ao nivel do Calamus scriptorius no soallo do quarto ventriculo. Dêste centro partem fibras que descem pelas colunas laterais da medula, indo terminar nas celulas conectoras do simpatico, situadas nos cornos laterais da substancia cinzenta. Estas fibras vaso-constritoras, que assim penetram no sistema simpatico, transmitem influxo de seu centro de origem aos vasos, afim de corroborar na manutenção da normalidade tensional.

A vaso-dilatação está na dependencia dos nervos vaso-dilatadores, que são:

a) Vaso-dilatadores antidrômicos das raizes posteriores, sabendo-se que a acetilcolina é libertada pelos impulsos antidrômicos, ao redor dos vasos sanguineos.

b) Fibras vaso-dilatadoras dos nervos simpaticos: As fibras simpaticas são predominantemente vaso-constrictoras, havendo porem, grande numero de fibras vaso-dilatadoras que parecem sofrer influencia de um centro depressor situado três milímetros atraz do centro vaso-motor.

Como vimos, o sistema simpático, impondo modificações de calibre dos vasos, toma papel relevante no controle da tensão arterial. Devemos aqui ajuntar as glandulas de secreção interna, principalmente a suprarrenal. Será melhor reunir ambos como um só fator: o neuro-glandular.

"La intervension de las funciones endocrinas en la circulación ha sido muy estudiada. Desde luego la tension arterial está en gran parte, regulada por el juego antagonico de las dos hormonas antes estudiadas, que actúan sobre el sistema arteriolar: la adrenalina — vaso-constrictora, hipertensora y la acetilcolina — vaso-dilatadora, hipotensora. (Marañón).

As fibras postganglionares do simpático, libertam uma substancia idêntica à adrenalina — fibras adrenérgicas. As fibras postganglionares do parasimpático libertam acetilcolina — colinérgicas. As fibras préganglionares simpaticas ou parásimpaticas, libertam acetilcolina nos seus ganglios. Existem entretanto, fibras ganglionares anatomicamente pertencentes ao simpático, que dão origem à acetilcolina, comportando-se como fibras colinérgicas e fibras pertencentes ao parasimpático com propriedades adrenergicas. Este fato esclarece o motivo de fibras simpaticas terem ação vaso-dilatadora.

"La division anatomica del sistema vegetativo en simpático y parasimpático, no es, pues superponible a la división funcional. Esto que acabamos de decir es muy importante y se debe retener porque nos explica una cantidad considerable de aparentes incongruencias que a diario hallamos en clinica entre la división teorica del sistema vegetativo en simpático y parasimpático y las respuesta reales de estos dos sistemas que muchas veces son confusas, anfotónica y no netamente simpaticas o parasimpaticas; o bien decididamente contradictorias. (Marañón).

Segundo Munz, citado por Dutra de Oliveira; "a vitamina B¹ gosa de uma ação de co-fermento no mecanismo humoral da excitação nervosa, em relação à substancia vagal". Note-se bem, em relação à substancia vagal e não em relação ao vago. Dentro desta concepção temos de aceitar uma ação vaso-dilatadora da vitamina B¹, em virtude de sua propriedade de extimular as fibras colinérgicas a secretarem acetilcolina.

O caso de nossa observação veio comprovar esta assertiva teorica!

Identificação. — L. N. M. branco, com 37 anos, baiano, casado, residente em Recife.

Exame. — Apresentava dores vivas e insuportáveis no pé direito que se exacerbavam com o caminhar

Havia hipotermia do lado doente comparada ao sã.

Ao esfigmomanometro de escala alternativa de Recklinghausen a hipotensão foi presente a partir do terço inferior de dito membro. Pela esfigmografia encontramos grande diferença para menos da amplitude do arteriograma obtido na tibial posterior direita em relação à arteria omonimica esquerda. (fig. 1). Traçado realizado em 25/7/41.



Fig. 1

- 1 — Terço inferior da perna direita
2 — Terço inferior da perna esquerda.

Terapeutica. — Foi empregada a vitamina B₁, por via endovenosa na dose de 30 miligramas duas vezes ao dia, perfazendo uma dose total de 2 gramas 40 centigramas. Com esta terapeutica as dores foram desaparecendo e a temperatura do lado afetado, pouco a pouco ganhando à normalidade. Um arteriograma (fig. 2) realizado em 19/8/41, apresentou apenas pequena diferença de amplitude do lado doente em relação ao sadio.

E' de ver que os arteriogramas, quer de um lado, quer de outro, foram obtidos em condições tecnicas rigorosamente as mesmas, por intermedio do Poligrafo de Boullitte.

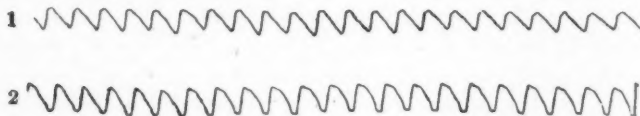


Fig. 2

- 1 — Terço inferior da perna direita
2 — Terço inferior da perna esquerda.

Não nos foi possivel evidenciar em nosso paciente uma causa determinante da arterite. A literatura medica mostra inumeros casos, onde a arterite se estabeleceu sem poder ser incriminada uma causa determinante.

Pouco tempo após a ultima investigação esfigmografica, o doente voltou ao trabalho, podendo caminhar e até dirigir automovel sem nada mais sentir. Muito embora, no caso em apreço estivessemos encarregado apenas da parte gráfica, acompanhamos toda a sua sequencia clinica, procurando desenvolver um racio-cinio sobre o mecanismo de ação da aludida vitamina. Como veremos adeante, as nossas ideias tiveram no campo experimental pleno fundamento.

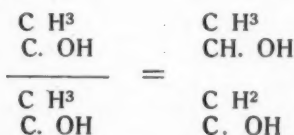
Um fato que nos chama a atenção, é a grande incidencia das arterites no diabete mèlitus. E' demais conhecido, a influencia da vitamina B¹ no metabolismo dos glicidios.

"Labré e Heitz mostraram a importancia da hipercolesterinemia e dos depositos de colesterol nas paredes arteriais como fator importante da endarterite e da trombose. Sobretudo no decurso das arterites diabeticas é que essa perturbação do metabolismo dos lipoides tem sido evidenciada, associada ou não à hiperglicemia. (A. Paulino).

A vitamina B¹ tem grande importancia no metabolismo dos carbohidratos. "It seems to be a coenzyme aiding carbohydrate metabolism particularly by in the oxidation of pyruvic acid, a derivative of a lactic acid. It also increases the utilization of proteins, thus promoting and stimulating growth. It is also essential in maintaining the integrity of the myelin sheaths of nerve fibers. (Wolf).

E' indispensavel á combustão do açúcar no cerebro. O quociente respiratorio deste orgão no beriberi está diminuindo, voltando á normalidade pela administração de B¹. A ação desta vitamina no metabolismo cerebral se faz sobre o acido acetilformico, transformando-o imediatamente, o que não acontece no beriberi, havendo assim, accumulo deste acido primeiramente no cerebro e secundariamente no sangue. Isto depende de não se poder formar em quantidade necessaria o acido difosfórico-vitamina B¹ (por carencia deste fatôr vitaminico), necessario á transformação por descarboxilização, do acido acetônico e principalmente do acido acetilformico.

Si nos lembrarmos da parte final, da fase oxiobiótica do metabolismo dos hidratos de carbono após a formação do aldeído acetico, veremos que duas moleculas deste aldeído podem realizar uma síntese, como seja a condensação aldólica, formando-se um aldeído-alcool:



que por oxidação do grupo aldeídico passa ao acido B. oxibutírico e em seguida por desidrogenação ao acido diacético. Assim, partindo-se dos glicidios, pode-se chegar á formação de corpos cetonicos, união entre o metabolismo dos hidratos de carbono e o das gorduras, sendo possível mediante a realização de sínteses progressivas ir do acido diacético aos acidos graxos superiores.

A vitamina B¹ tem ação especifica sobre o metabolismo hidrocarbonado no miocárdio.

"O fermento oxidante do acido latico no miocardio só consegue oxidar as quantidades deste acido que se formam no curso do desdobramento energetico do açúcar, quando se acham presentes dois fermentos auxiliares: a coenzina de Banga-Szent Györgyi e a vitamina B¹ (Stepp).

Na carencia de B¹ a oxidação do açúcar no miocardio está prejudicada desde a fase do acido latico, anterior a do acido acetilformico. Haverá acumulo daquele acido no musculo cardiaco, capaz de determinar uma bradicardia sinusal.

"No beriberi o coração é flacido e acúsa degeneração gordurosa". (Samson Wright).

Acreditamos que a perturbação metabolica hidrocarbonada do miocardio, resultante da carencia de B¹, acarretará tambem um desequilibrio do metabolismo gordurôso, responsavel pela degeneração referida, naturalmente ligada a outras alterações ainda não determinadas.

Nas intoxicações graves o glicogenio hepatico desaparece e o figado infiltra-se de gordura.

"No figado parece que a vitamina B¹ intervem sobre o proprio glicogenio, de modo ainda não esclarecido" (Stepp).

Assim quando uma alteração metabolica dos hidratos de carbono tem lugar, o metabolismo gordurôso sofre alterações. cremos que estas alterações não ficam aí, mas estendem-se ao metabolismo geral. Modificado o curso metabolico de um elemento, se estabelece um desequilibrio que repercutirá em toda a economia.

Os lipoides compreendem varias substancias em cuja molecula geralmente entram acidos graxos. Algumas delas são nitrogenadas ou fosforadas e outras encerram grupos de hidratos de carbono. Com isto ajuntamos outros elementos que se vão entrelaçar ao metabolismo das gorduras e dos açucares. A vitamina B¹ atuando no metabolismo dos hidrocarbonados, indiretamente age sobre outros elementos, principalmente gorduras e lipoides.

"As necessidades de vitamina B¹ crescem a medida que aumenta a ingestão de hidratos. A carencia de B¹ determina diminuição da eficacia da insulina e acarreta o aparecimento da insulino-resistencia. A sua carencia determina o acumulo de acido acetilformico e clinicamente o quadro morbido da polineurite. (Bertram).

As polineurites são fundadas em duas ordens de lesões anatomopatologicas: a) lesões inflammatorias; b) lesões degenerativas. Nestas últimas é regra haver destruição da mielina e naquelas estes achado é frequente.

"No beriberi verifica-se a degeneração dos nervos perifericos, no vago, no sistema nervoso central, especialmente nas celulas do corno anterior". (S. Wright).

A polineurite beriberica assenta sua base histologica em hemorragias, no desaparecimento das granulações de Nissl, na cromatólise e na degeneração da mielina. Este corpo de natureza lipoide, intimamente ligado ao metabolismo dos hidratos de carbono e ao das gorduras, sofre graves alterações no decurso do beriberi.

Helio Póvoa, refere no diabete, o acúmulo lipoidico (xantomatose visceral e cutanea), como determinante de granulomas inflamatórios.

Das ideias expostas até aqui, verifica-se que não é fora de proposito pensar numa possivel influencia da vitamina B¹ nas arterites occorrentes no diabete melitus. Já referimos o depósito de colessterina nas paredes arteriais como fatôr de endarterite, sobretudo nas que se estabelecem na vingencia do diabete.

"Pesquizas comparativas feitas em vasos de gangrena não diabetica mostram-nos que, na diabetica o teor de colessterina da parede vascular é em regra 3 á 4 vezes maior. (Bertram).

Sobre a hipercolesterinemia, transcrevemos as palavras de Ramond: "A causa da arterite obliterante produtora da gangrena senil, está ainda discutida. A patogenia do ateroma arterial longe está de formalmente estabelecida. Entretanto a esse proposito, um ponto merece reter a atenção: é a constancia de hipercolesterinemia nos individuos atacados de gangrena por obliteração arterial. Encontra-se em média em tais doentes, segundo Jean Heitz, de 2,80 á 3 gramas de colessterina por litro de sangue em vez do numero normal de 1,60 grs. estabelecido por Grigaut. A razão do excesso da colessterina em circulação no sangue nos escapa, mas não surpreende em individuos portadores de placas ateromatosas arteriais, tão ricas em colessterina como os senhores sabem. Não é ilogico supor que a hipercolesterinemia, contemporanea e da mesma origem* que a arterite cronica, contribue para acelerar o desenvolvimento das lesões arteriais obliterantes. Deduzir-se-á destas constatações e desta hipotese indicações terapeuticas? Eis o interesse que elas apresentam".

Verificamos pois, perturbações do metabolismo dos lipoides no curso das arterites diabeticas ou não. No beriberi tambem alterações metabolicas dos lipoides têm lugar, sofrendo desta vez a mielina. Entrevemos uma ação da vitmina B¹ nas arterites atravez de um desequilibrio metabolico dos lipoides. No diabete as alterações por serem tão pronunciadas, atingindo todo campo alimentar, dão lugar a maior impregnação das arterias pela colessterina.

Não podemos dizer que esses fatos sejam sempre dependentes de uma carencia vitamínica; todavia é razoavel acreditar numa perturbação metabolica, na qual o aproveitamento ou a ação do fator antineurítico esteja prejudicada.

No caso de nossa observação, pensamos que a B¹-terapia agindo sobre o metabolismo e sobre o sistema neuro-glandular, melhorou as condições circulatorias gerais e locais, favorecendo a regressão do processo.

O espasmo arterial é outro fator que ocupa lugar importante nas arterites.

"A molestia de Reynaud, a sincope local das extremidades, e em parte a claudicação intermitente, mostram bem o valor do espasmo vascular, cujo grão se avalia nas extremidades frias e cianoticas do simpaticotonico". (Anes Dias).

Este espasmo está condicionado ás reações do simpatico. Segundo Leriche e Policard a hipertonia ou a distonia simpatica, resultantes da obliteração arterial, acarreta uma diminuição progressiva do calibre da arteria principal acima do obstaculo e quando o processo atinge a adventicia, produz-se uma serie de reflexos vaso-constritores ou vaso-dilatadores capazes de motivar a esquemia nos vasos do membro onde a arterite se estabeleceu. Dentro destas ideias, nasceu a arterietomia segmentar, que realiza a ressecção da zona obliterada, interrompendo deste modo, os reflexos aludidos.

A vitamina B¹ excitando as fibras colinergicas a libertarem acetilcolina, promove efeito vaso-dilatador, necessario para que se estabeleça a irrigação suplementar. Não vamos esperar que a B¹-terapia seja eficiente nos processos adeantados, mas o resultado obtido no caso agora apresentado nos faz acreditar na sua eficacia, sobre as lesões que ainda não se tornaram definitivas.

No sentido de demonstrar experimentalmente a nossa opinião sobre a ação vaso-dilatadora da vitamina B¹ ensaiamos um metodo que nos deu resultado satisfatorio.

A pressão sanguinea pode elevar-se sob duas influencias: a) por acrescimo da força do coração; b) por aumento da resistencia periferica. Pode diminuir pela intervenção de um dos seguintes fatores: a) enfraquecimento da ação cardiaca; b) diminuição da resistencia periferica.

"Si la tension arterielle s'élève par accroissement de la force du Coeur, cette élévation s'accompagne d'accroissement de l'amplitude du pouls. Si la tension arterielle s'élève par suite d'obstacle e l'écoulement du sang par les capillaires, cet accroissement s'accompagne de diminution de l'amplitude du pouls. (Marey).

Parece-nos no momento, que a reciproca tambem é verdadeira. Si a tensão arterial baixa por diminuição da força do coração, a amplitude do pulso se torna menor. Si a tensão baixa

por um maior escoamento sanguíneo através dos capilares a amplitude do pulso aumenta.

Estes dois últimos conceitos, tiveram confirmação na experiência que se segue.

No indivíduo do sexo masculino, A. F. S. com 35 anos, pardo, solteiro, pernambucano, bancário, residente em Recife, após detido exame clínico não conseguimos evidenciar qualquer alteração de sua saúde. A primeira condição que estabelecemos para o nosso teste foi que ele deveria ser realizado em um indivíduo normal.

Tomamos a sua tensão arterial encontrando os seguintes valores: Mx: 13,5 Med: 10,0 Mm: 7,5. Em seguida tiramos um arteriograma (fig. 3-a) cuja linha sistólica (amplitude), acusou

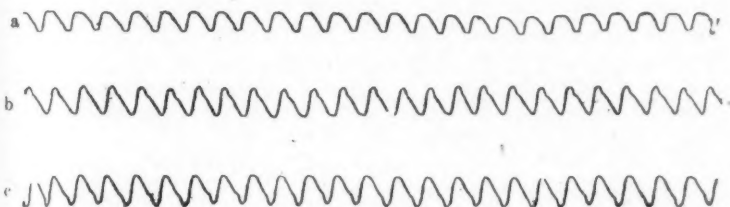


Fig. 3

Arteriogramas humerais

- a — Antes da injeção de B
- b — 5 minutos após a injeção de B
- c — 15 minutos após a injeção de B

4 milímetros. Injetamos 60 miligramas de vitamina B¹ na veia do paciente e após 5 minutos obtivemos outro arteriograma (fig. 3-b), cuja amplitude acusou 6 milímetros*. A tensão arterial ofereceu neste momento as cifras que se seguem: Mx: 12,0 Med: 10,0 Mm: 5,5. Decorridos 15 minutos tiramos novo arteriograma humeral (fig. 3-c), encontrando-o ainda com a mesma amplitude do anterior (6 milímetros). Podemos dizer que a amplitude do pulso arterial aumentou em 50 por cento com a aplicação da vitamina B¹. Esses traçados foram tirados com o Poligrafo de Boullitte, observando-se para os três os mesmos rigores de técnica.

Com a nossa experimentação, comprovamos que a amplitude do pulso ganhou em altura, quando a tensão arterial baixou. Como pode se tornar mais amplo o pulso no momento que a tensão baixa? Quando a tensão arterial diminui em virtude de se ter acelerado o escoamento do sangue pelos capilares, a amplitude do pulso aumenta.

Deste modo pensamos ter comprovado nosso ponto de vista, relativo á ação vaso-dilatadora da vitamina B¹.

Reconhecemos, entretanto, que o assunto, longe de estar encerrado, oferece um vasto campo para pesquisas. Continuaremos a estudá-lo, procurando aperfeiçoar o que até aqui fizemos e alargar tanto quanto possível o âmbito de nossas investigações.

BIBLIOGRAFIA

- ANES DIAS — Lições de Clínica Médica — I serie — 1939.
ANES DIAS — Lições de Clínica Médica — II série — 1939.
ANES DIAS e seus Assistentes — Diabetes — 1936.
ANDRADE, Geraldo de — Pulsus Incongruens como elemento de diagnóstico da aortite luetica. "O Hospital" — Janeiro — 1941.
BATISTA, Vicente — Vitaminas e Avitaminoses — 1934.
BERTRAM, F. — Diabetes — 1939.
BRUGSCH, Th. — Tratado de Patologia Médica — 1938.
BODANSKY, MEYER and BODANSKY, Oscar — Biochemistry of Disease — 1940.
CASTRO, Aluisio de — Semiótica Nervosa — 1935.
CAJAL, S. RAMON y MUÑOZ, J. F. TELLO y — Elementos de Histologia. Normal y de Técnica Micrográfica — 1931.
COUTO, Miguel — Clínica Médica — 1935.
DUTRA DE OLIVEIRA, José — Vitaminas e Aminoácidos — 1941.
GLEY, E. Tratado de Fisiologia — 1926.
KLEMPERER, Jorge y Felix — Tratado Completo de Clínica Moderna — 1936.
LEVI, G. Tratado de Histologia — 1931.
MARAÑÓN, Gregorio — Enfermedades Endocrinas y del Metabolismo —
MAREY, M. — Physiologie Expérimentale — (Travaux du Laboratoire de M. Marey. Année — 1875) — 1926.
MACKENZIE, Sir James — Principles of Diagnosis and Treatment in Heart Affections — 1927.
MARFORI, P. — Tratado de Farmacologia e Terapêutica — 1941.
PAULINO, Augusto — Patologia Cirúrgica — 1935.
POLICARD, A. Compendio de Histologia Fisiológica — 1939.
RAMOND, L. — Lições de Clínica Médica — III serie — 1938.
RIBBERT, H. y STERNBERG, Carl — Tratado de Patologia Geral y Anatomia Patológica — 1939.
ROMEIRO, Vieira — Semiologia Médica — 1939.
RONDONI, P. — Compendio de Bioquímica — 1939.
SAVY, Paul — Traité de Thérapeutique Clinique — 1940.
STEPP — KUHNAU — SCHOEDER — As Vitaminas e seu emprego terapêutico — 1937.
TESTUT, L. et LATARJET, A. — Traité D'Anatomie Humaine — 1930.
WERNER, A. — Endocrinology — 1938.
WOLF, William — Endocrinology in Modern Practice — 1940.
WRIGHT, Samson — Fisiologia Aplicada — 1939.

Considerações clínico-radiológicas acerca dos abscessos sub-frênicos *

Dr. Manoel de Abreu Campanario

1.º assistente do Departamento de Raios X das Clínicas Cirúrgicas da Faculdade de Medicina.

PROGNÓSTICO:

No trabalho de Ochsner e De Bakey em que estes A. A. entre vários casos de sua própria observação e um enorme número de casos computados na literatura mundial, fizeram vários dados estatísticos, ha fatos que merecem ser considerados.

De 3.038 casos de *a. s. f.*, foram operados 1.942, morrendo 637 (32,8 %).

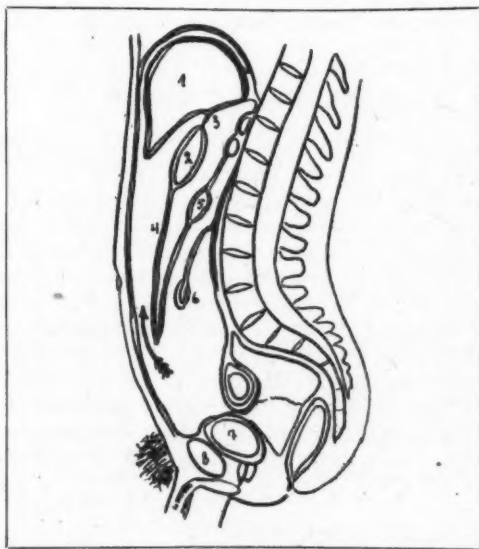


Fig. 25 — Esquema mostrando (vêr seta) a comunicação do abdômen superior com o abdômen inferior. 1, Fígado; 2, Estômago; 3, Epiploon gastro-hepático; 4, Grande epiploon; 5, Colon transverso; 6, Intestino delgado; 7, Bexiga; 8, Sínfise pubiana.

* Conclusão do trabalho cuja publicação se iniciou com o nosso número de maio à pag. 393.

Deixaram de ser operados 1.096; destes morreram 985 (89,8 %).

Os números falam melhor do que qualquer outro comentário. O *a. s. f.* quando não operado, leva o doente quasi fatalmente à morte, ao passo que com o tratamento cirúrgico o seu prognóstico se torna muito menos sombrio.

E' de máxima importância afirmar que o *a. s. f.* muitas vezes pode curar-se espontaneamente. As complicações sub-diafragmáticas secundárias à infecção apendicular, por exemplo, muitas vezes deixam de ser diagnosticadas ou mesmo suspeitadas, e se curam espontaneamente (Ochsner).

Por sua vez De Quervain diz ter observado a desapareição do *a. s. f.* pouco a pouco, em alguns casos em que os sintomas clínicos impunham o diagnóstico. Isto, em parte, explica certos quadros febris verdadeiramente "fantasmagóricos" secundários a infecções abdominais, ou ao ato cirúrgico, quadros febris que desaparecem depois, deixando no espírito do médico apenas conjecturas empíricas ou hipóteses vãs de raciocínio.

Para Ochsner o *a. s. f.* embora seja uma infecção rara, é bem mais frequente do que comumente se supõe. Por felicidade é que nem sempre ele evolue para a supuração.

MECANISMO DE INFECÇÃO:

O espaço sub-frênico pode ser alcançado por via intraperitoneal (via directa), por via linfática e, ainda muito raramente, por via sanguínea. Para Overholt, Melchior, Donchess e outros, os movimentos respiratórios geram uma pressão negativa no espaço sub-frênico, provocando uma verdadeira sucção para este espaço dos produtos septicos oriundos de focos de infecção colocados a distância. E' evidente que se deva, também, levar em conta aqui o fenómeno da capilaridade em superficie, pois os espaços inter-orgânicos do abdomen são virtuais. Truesdale demonstrou a importância da infecção do espaço sub-frênico por via linfática. Sabemos, aliás, que certos linfáticos sub-diafragmáticos e, ainda, os do figado atravessam o diafragma entrando em comunicação com os linfáticos pleurais e mediastinais.

INCIDENCIA:

No *a. s. f.* o sexo, a idade e varios outros fatores teem merecido a consideração de alguns autores.

A incidência no sexo masculino é indiscutivelmente muito maior do que no sexo feminino.

Em relação á idade, a incidência a partir dos 15 anos aumenta até alcançar os 40 anos, para depois decrescer gradativamente (Ochsner). Abaixo dos 15 anos a doença é bem rara.

Um fato que jamais, também, deverá ser esquecido é que a incidência do *a. s. f.* na hemicúpula diafragmática direita é sempre muito maior do que na esquerda.

CIRURGIA:

Devemos aqui afirmar que da técnica cirúrgica depende em grande parte o bom prognóstico dos casos, de acordo com as estatísticas de vários autores.

* * *

Passamos, agora, a apresentar alguns dos 13 casos de *a. s. f.* que tivemos a oportunidade de observar nestes últimos tempos. Procuramos exatamente selecionar os casos mais típicos e relata-los aqui. Julgamos desnecessária a descrição de todos os casos por nós observados porque muitos deles guardam entre si grande identidade.

CASO 1 — P. S., branco brasileiro, 32 anos.

Tosse húmida, fraqueza geral, febre e dor na base do hemitórax direito, ha 3 meses. Adinamia. Suores. Um médico fez-lhe diagnóstico de pleuriz. Punção várias vezes, dando saída a líquido claro, límpido. Melhoria relativa durante 2 meses. Depois piorou: Dispneia, tosse húmida, calafrio, suores, fraqueza, febre de 38,5 cefaléia, dor na base do pulmão direito, na porção anterior e lateral.

Exame clínico: Tórax: — amplitude dos movimentos respiratórios na base do pulmão direito, quasi abolida. Frêmito toráco-vocal suprimido na 1/2 inf. do pulmão D.

Os 2/3 inf. do hemitórax D. apresentam sub-maciszez e maciszez. O doente sente dor à percussão leve, em quasi todo o hemitórax D. Raros estertores de médias e finas bolhas no pulmão direito.

Abdômen: Maciszez hepática confundida no seu limite sup. com a maciszez pulmonar. Não se palpa o bordo inf. do órgão devido à dor acusada pelo doente.

Exame radiológico: Na radiografia simples notamos (ver fig. 1).

- 1.º) — Cúpula diafrágmatica D. muito elevada (de mobilidade praticamente abolida à radioscopia).
- 2.º) — Espessamento pleural na base do pulmão D.
- 3.º) — Atelectasia parcial do lóbo inf. D.
- 4.º) — Nada de anormal no hemitórax esquerdo.

Na radiografia feita após o pneumoperitôneo (injeção de 800 c. c. de ar na cav. abdominal), notamos (ver figs. 2 e 3).

- 1.º) — Ausência de penetração de ar no espaço sub-frênico direito, respectivamente 15 minutos e 24 horas após a injeção de ar.
- 2.º) — O ar se interpõe — entre a cúpula diafragmática E. e o estômago, rechassando para baixo a camara de ar deste.

Diagnóstico: Abscesso sub-frênico.

Operação: confirmação do diagnóstico.

CASO 2 — E. L., 23 anos, brasileiro, operário.

Em 16-11-938 foi operado, sofrendo gastrectomia parcial a Reichel Polya e, também, colecistectomia retrograda. O doente era portador, até então, de úlcera do duodeno e de pericolecistite.

Teve alta, no hospital, em 15-12-38. No entanto, teve nova entrada em 10-1-939.

Queixa atual: Diz o doente que de 20 dias mais ou menos para cá tem tido tosse. Fêbre. Dor na base do hemitórax direito com irradiação para o hipocondrio direito. Tal dor é de pouca intensidade. Suores. Adinamia. De uma semana para cá piorou, pois começou a sentir calefrio, "falta de ar" (dispneia), cefaléia, embora a dor tenha diminuído bastante.

Exame clínico: Amplitude dos movimentos respiratórios na base do hemi-tórax direito está quase de todo abolida. Não se nota o frêmito tóraco-vocal, também, nesta região pulmonar. Pela percussão: maciszez do 1/3 inf., e sub-maciszez no terço médio do campo pulmonar direito. Ausculta: Estertores de finas bolhas no pulmão direito.

Exame do abdomen: Palpa-se o fígado a 2 dedos transversos abaixo do rebordo costal. Pela percussão não se consegue, com precisão, determinar o limite compreendido entre a maciszez da base pulmonar direita e a maciszez hepática.

Diagnóstico: Derrame da grande cavidade? Abscesso sub-frênico?

Exame radiológico: Radiografia postero-anterior (ver fig. 4) revela: Derrame pleural à direita. Provavel atelectasia do lobo médio direito. Sinais radiológicos de bolsa hidro-aérea, provavelmente de localização supra-diafrágmatica. Cúpula diafrágmatica direita muito elevada e inteiramente imóvel.

Quadro radiológico de provavel *abscesso pulmonar*.

Nota: seria de máxima conveniência o pneumo-peritôneo artificial para o estudo da lója subdiafrágmatica direita. (Este não foi feito devido ao estado precário do doente).

Radiografia de perfil revela (ver fig. 5): em maior destaque a área pulmonar atelectasiada e a bolsa hidro-aérea.

Cirurgia: Incisão à altura da linha axilar posterior acompanhando a 11.ª costela. Ressecção de 5 centímetros de costela. Ficou exposto o fundo de saco pleural que foi descolado para cima. Incisão do diafragma, após punção que foi negativa. Não se encontrou coleção purulenta na lója diafrágmatica.

O doente espontaneamente teve intensa vômita, expelindo grande quantidade de secreção purulenta, ficando deste modo firmado o diagnóstico de abscesso pulmonar.

As imagens radiográficas deste caso servem para demonstrar como o diagnóstico diferencial entre *a. s. f.* e abscesso pulmonar, às vezes, é difícil. Aqui não se poderia afirmar, a não ser com o auxílio do pneumoperitôneo, se a bolsa hidro-aérea estava acima ou abaixo da hemi-cúpula diafrágmatica direita.

CASO 3 — A. J., 14 anos, brasileiro, tipógrafo.

Queixa: dor nos ombros e na parte posterior do torax.

História da molestia atual: Ha 20 dias começou a sentir dores na região axilar esquerda (pouca intensidade). Após 4 dias desapareceram, 22)

sendo substituídas por pontadas em ambos os ângulos inferiores do epigastrio, junto ao rebordo costal. Posteriormente dores nos ombros e parte posterior do tórax.

Antecedentes pessoais: Ha um mês foi operado de apendicite. Ficou no hospital 13 dias. Sentiu-se bem. No entanto, após 20 dias começou a sentir dores no hipocondrio esquerdo, conforme ficou atrás referido.

Exame dos aparelhos:

Respiratório: torax emagrecido, homoplate saliente, intercostos bem marcados. Respiração costal. Movimentos respiratórios pouco amplos nas bases e amplos nos ápices. Frequência respiratória: 40. Frêmito mais abolido nas bases, respiração intercadente, murmúrio diminuído nas bases. Maciszez nas duas bases. Percussão dolorosa nesta região.

Coração: Taquicardia. Primeira bulha aortica abafada. Segunda bulha hiperfonética. Pulso cheio, rítmico, com 108. Pressão: 9 x 5.

Abdomen: Plano, resistência generalizada, principalmente do lado direito. Defesa epigástrica acentuada do lado direito. Pela palpação surge dor no ângulo inferior esquerdo do epigastrio junto ao rebordo costal bem como no lado correspondente oposto.

Percussão revela timpanismo generalizado, exceto nos pontos dolorosos acima referidos, que se apresentam com maciszez, principalmente no lado direito. Bordo superior do fígado, no 5.º intercosto. O inferior não pode ser bem delimitado, pois a reação dolorosa do paciente não o permite. Reflexos abdominais abolidos.

Exame radiológico: Radiografia postero-anterior (ver fig. 6) revela: Derrame da cavidade pleural na base pulmonar direita. Cúpula diafragmática direita muito elevada e imóvel. Atelectasia parcial do lóbo inferior direito. Presença de bolsa hidro-aérea, provavelmente de localização subdiafragmática.

Radiografia de perfil (ver fig. 7) mostra a bolsa hidro-aérea sob a cúpula diafragmática e uma pequena faixa pulmonar atelectasiada.

Cirurgia: confirmação do diagnostico.

CASO 4 — E. L., 21 anos, brasileiro, operário.

Queixa: dor no hipocondrio direito e colicas intestinais.

Historia: Diz o doente que de 6 anos para cá, de quando em vez, tem tido dores na fossa ilíaca direita. O médico que o atendeu em uma das vezes, disse tratar-se de "crise apendicular". Tais dores quando surgem apresentam irradiação para o hipocondrio direito. De ordinario recrudescem após algumas horas e, por fim, desaparecem. Por 2 vezes as dores vieram com muita violência e só desaparecem após 24 horas. Quasi sempre senteancia de vômitos durante as crises. Prisão de ventre transitariamente. Ultima crise: ha uns 25 dias. Ha 17 dias começou a sentir dor surda (sic) no hipocondrio direito. Desânimo, inapetência, insônia.

Antecedentes pessoais: Gonorréia. Operado de amígdalas aos 12 anos.

Exame dos aparelhos:

Respiratório: Movimentos respiratórios pouco amplos na base do hem tórax direito. Frequência respiratória: 44. Abolição completa do frêmito na base direita. Percussão revela maciszez nesta base e desperta dor de pouca intensidade. O murmúrio, também, nesta região está quasi de todo abolido. Pulmão esquerdo vicariante.

Coração: Taquicardia. Pulso filiforme com 130 por minuto, embora rítmico. Pressão: 10 x 6.

Abdomen: Nota-se ligeira reação abdominal á altura da fossa ilíaca direita. O ponto de Lentz mostra-se levemente doloroso á palpação.

Timpanismo pronunciado. Bordo inferior do fígado palpável a 2 dedos transversos abaixo do rebordo costal direito, mostrando-se doloroso à palpação.

Exame radiológico: Na chapa de frente (ver fig. 13) vemos: 1 — elevação da cúpula diafragmática à direita. 2 — derrame sintomático no ângulo costo-diafragmático. 3 — discreto desvio do coração para a esquerda.

A radiografia de perfil (ver fig. 14) põe em evidência os mesmos sintomas já mencionados.

A cirurgia mostrou tratar-se de *a. s. f.*

CASO 5 — A. M., 30 anos, lituano. Entrada: 20-9-939.

Queixa: Dor na fossa supra-clavicular direita e no hipocôndrio direito, há cerca de 6 meses.

De 6 meses para cá tem tido febre, dor em forma de "pontadas" na região supra-clavicular direita. Emagrecimento progressivo. Adinamia. A dor era mais pronunciada à inspiração. Com o tempo foi ela descendo ao longo do tórax até localizar-se, por fim, no hipocôndrio direito. Bom apetite sempre. Há 3 meses submeteu-se, a pedido do seu médico, ao exame de raios X. O relatório radiológico que lhe deram foi este:

Elevação da cúpula diafragmática direita. Ausência de lesão parenquimatosa nos pulmões.

Há 2 meses teve perturbações intestinais que duraram 25 dias: tinha de 6 a 10 dejeções por dia. Fezes aquosas, mau cheiro, com muco; porém não sanguinolentas. Depois disto não pôde, então trabalhar mais, pois começou a ter falta de ar, fraqueza extrema, dor no hipocôndrio direito, abdomen volumoso.

Exame propedeutico (20-9-939):

Pressão arterial: 125 x 80 mm. *Pulso:* 92. *Respiração:* 24.

Tórax: assimétrico devido ao maior desenvolvimento da base direita. Hemitorax direito: proeminente na base em toda a região que limita com o hipocôndrio. Desvio da coluna para a esquerda. Abaulamento da base direita.

Inspecção dinâmica: tipo respiratório costal superior, com taquipnéia (24 movimentos respiratórios por minuto).

No hemi-torax esquerdo a mobilidade está conservada, a respiração é algo rude em toda a área pulmonar. No hemi-torax direito a mobilidade está muito diminuída na face anterior e abolida na base; Litten abolido também; a palpação é dolorosa em ambas as faces; a percussão revela macisnez completa em todo o campo pulmonar; a ausculta mostra ausência do murmúrio vesicular em toda a face posterior.

Coração: Desviado para a esquerda; Ictus perceptível bem, no 5.º intercosto, na linha axilar anterior: pouco impulsivo, sem frêmito e rítmico.

Abdomen: Globoso, assimétrico devido presença de um grande tumor na loja abdominal superior direita. Desenho da supra-umbelical e de outras laterais, bem visível na pele clara do paciente (circulação colateral ascendente). Abdomen duro e doloroso à palpação na parte superior. O bordo inferior do fígado ultrapassa muito a linha umbelical. O limite do tumor descreve uma linha ascendente da f. il. direita até o umbigo, prosseguindo até o epigastro onde se torna pouco nítido. Com a mão na região lombar direita percebe-se a presença de líquido na massa tumoral do hipocôndrio, pela transmissão da onda provocada por piparotes dados na face antero-lateral do abdomen.

Exame de fezes: Endoameba histolítica.

Diagnóstico clínico: abscesso do fígado.

Exame radiológico (ver figura 11): Opacidade quase total do pulmão direito. Apenas o ápice e região sub-clavicular direita apresentam transparência normal. Coração desviado para a esquerda. Atelectasia pulmonar direita. Elevação da hemi-cúpula. Derrame pleural D.

Em 29-9-939: Drenagem cirúrgica (Comprovação de abscesso hepático).

Em 4-10-939: Retirada do dreno.

Em 6-10-939: Febre. Dor no hipocondrio.

Em 8-10-939: Exame radiológico que revelou: Elevação da hemi-cúpula diafragmática direita. Derrame da grande cavidade pleural direita provocando opacidade da base. Desvio do mediastino para a esquerda. Hemi-torax esquerdo de transparência normal. Abscesso sub-frenico?

Em 9-10-939: Drenagem da a. s. f. (confirmação cirúrgica).

CASO 6 — A. Q., 46 anos, brasileiro, comerciante. Entrada: 10-1-939.

Foi vítima, há 23 dias, de acidente de automovel. Sofreu nesta ocasião traumatismo na região torácica direita (face posterior) e região lombar direita. Perdeu os sentidos durante alguns minutos. Logo que voltou ao estado de consciencia começou a sentir fortes dores generalizadas no torax e no abdomen, mais pronunciadas na região lombar direita. No dia seguinte ao do acidente começou a ter febre, "falta de ar" (dispnéia) e falta de apetite. As dores, então, já eram mais surdas e circunscritas á base do hemi-torax direito. Surgiram-lhe uma *tosse seca* e um *pigarro* que muito o molestavam. Tais sintomas persistiram 18 dias, forçando-o, porfim, a procurar este hospital. Adinamia. Emagrecimento.

O exame clínico revela maciszez na base do hemi-torax direito. Murmuro respiratório abolido da 6.^a costela para baixo na face anterior, e da 8.^a para baixo na face posterior. Estertores sub-crepitantes logo acima da zona de maciszez. O murmuro respiratório no lado esquerdo é aparentemente normal.

O fígado é palpavel a 3 dedos transversos abaixo do rebordo costal. A menor pressão na face anterior ou posterior do hemi-torax direito (região da base) desperta dor.

Exame radiológico: Hemitorax direito: Elevação da hemi-cúpula diafragmática (ver figuras 15 e 16). Apagamento do angulo costo-frênico (derrame). Espessamento pleural.

Hemi-torax esquerdo: transparência normal aos raios X. O mediastino está desviado para a esquerda.

Cirurgia: drenagem da lója sub-frênica direita, que deu saída a grande quantidade de puz.

CASO 7 — A. R., 32 anos, brasileiro, branco, comerciante. Entrada: 10-1-939. Queixa atual: Dor no hipocondrio direito e no dorso homônimo, que se torna mais pronunciada durante os movimentos respiratórios.

Diz o doente que de 4 meses para cá tem tido surtos diarreicos que persistem de 6 a 12 dias. Diarréias com fezes aquosas e muco-sanguinolentas. Nestas ocasiões sente todo o abdomen dolorido, principalmente quando o comprime com as mãos. Não sabe informar se tem tido febre. Nos intervalos das crises diarreicas passa bem dos intestinos. Não bebe. Não fuma. Já teve cancro duro.

Ao exame objetivo notamos abaulamento na região infra-escapular direita com edema das partes moles, correspondentes.

A palpação ha ausência do frêmito tóraco-vocal na porção inferior do hemi-torax direito (face anterior: da 5.^a costela para a base; e face posterior: da 8.^a costela para a base).

Percussão: maciszez na base do hemi-torax correspondendo mais ou menos á zona onde se acha ausente o frêmito tóraco-vocal.

Acima de tal maciszez a percussão revela uma zona de sub-maciszez e, por fim, o som timpânico normal do pulmão.

Ausculta: ausência de murmurio vesicular a partir da porção média da região inter-escápulo-vertebral direita.

O exame de hemi-torax esquerdo revela sinais clinicos de derrame pleural.

O figado está doloroso á pressão e palpavel logo abaixo do rebordo costal. Discreta reação abdominal, na fossa iliaca direita. O exame de fezes feito várias vezes em dias alternados só acusou presença de áscaris.

Exame radiológico (ver figuras 17 e 18):

Elevação pronunciada da hemi-cúpula diafragmática direita que se acha superposta a uma grande bolsa hidro-aérea (nível-líquido). A pleura mostra discreto espessamento junto ao angulo costo-diafragmático direito. Este se mostra semi-apagado devido á presença de um pequeno derrame. Desvio do mediastino para a esquerda. Opacidade na base do pulmão esquerdo, também.

Cirurgia: confirmou presença de abcesso sub-frênico sob a hemi-cúpula direita.

RESUMO E CONCLUSÕES

1 — O autor inicia o trabalho chamando a atenção para o valôr do diagnóstico do *a. s. f.* dentro do menor tempo possível, por isto que dele dependerá imediatamente o tratamento cirúrgico, sendo este o único meio capaz de evitar as complicações da doença, e salvar a vida periclitante do doente. Lembra, também, que o diagnóstico encerra quasi sempre sérias dificuldades.

2 — Faz uma descrição rápida da anatomia das lójas sub-frênicas e passa, então, depois a descrever os sintomas clinicos mais encontradiços no *a. s. f.*

3 — A punção exploradora além de, nem sempre, apresentar elementos concretos para o diagnóstico diferencial, como crê talvez a maioria dos autores, pode, ás vezes, ser nociva ao doente. Os sinais clinicos nela baseados encerram, ás vezes, valôr relativo. A punção exploradora, enfim, deve ser usada em casos excepcionais.

4 — Diz que o exame radiológico é de máxima importância, embora deva ser sempre precedido do exame clinico. Os 2 se completam para a boa diagnose.

5 — No cortejo dos sintomas radiológicos, principalmente a elevação e imobilidade da hemi-cúpula diafragmática do lado doente, e a presença do derrame pleural sintomático são analisados com certa minúcia por constituirem sinais que acompanham sempre o *a. s. f.*

6 — O pneumoperitônio artificial é apontado como auxílio complementar nos casos em que o diagnóstico diferencial se acha muito difícil. A sua indicação deve, contudo, merecer grande critério por parte do radiologista. Assinala o fato importante de que em indivíduos sem nenhum processo patológico do diafragma, o ar injetado no abdomen, às vezes, só aparece sob as hemi-cúpulas diafragmáticas, 6, 10 ou mesmo 24 horas após a prática do pneumoperitônio artificial, o que poderá provocar graves erros ou confusões na interpretação do exame radiológico por parte de médicos inexperientes.

7 — Chama a atenção para o valôr prático da contatografia que muitas vezes pode fazer com que a hemi-cúpula diafragmática do lado doente seja visualizada, nos casos em que a visualização desta pela radiografia comum seja incompleta ou impossível. A contatografia permite, também, quasi sempre a aquisição de pormenores importantes para a diagnose.

8 — No que tange ao diagnóstico diferencial entre o empiema e o *a. s. f.*, importa saber que ambos podem coexistir. A presença do primeiro só excluirá a presença do segundo (no caso de suspeita deste) após exame cuidadoso. O autor analisa, ainda, o diagnóstico diferencial com o abcesso peri-nefrético, abcesso pulmonar e várias outras doenças.

9 — O *a. s. f.* muitas vezes regride para a cura espontaneamente. Tal fato poderá fazer com que a convicção do médico inexperiente seja abalada no tocante à firmeza de um diagnóstico anterior.

10 — As complicações são, de ordinário, para o lado da cavidade torácica. A drenagem cirúrgica feita a tempo é o meio de evita-las.

11 — O prognóstico do *a. s. f.* é quasi fatal para o doente se este não tiver o auxílio da cirurgia. A operação salva da morte a maioria esmagadora dos doentes, constituindo o único tratamento da doença.

12 — Os processos inflamatórios do apêndice ileo-cecal, a úlcera gástrica perfurada, e várias afecções abdominais, ou mesmo eventualmente outras afecções extra-abdominais podem dar origem ao *a. s. f.*

13 — O estafilococo, o estreptococo e o pneumococo são os germes mais comumente responsáveis pelo *a. s. f.*

14 — A infecção se propaga por via intraperitonal (devido ao fenômeno de capilaridade em superfície, e à sucção diafragmática oriunda dos movimentos respiratórios), por via linfática ou, ainda, por via hematogênica.

15 — A técnica cirúrgica deve ser muito bem escolhida para cada modalidade de *s. p. a.*, pois que dela depende em grande parte o maior ou o menor sucesso dos casos operados.

Endereço: Rua 7 de Abril, 235

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1) — The A. begins by emphasizing the value of the diagnosis of *s. p. a.*, as fast as possible, as the surgical treatment depends only of it. It is the only means of avoiding the complications of the disease and saving the patient's life. The A. says also that the diagnosis present always great difficulty.

2) — The A. gives a rapid description of the anatomy of the sub-phrenic space, and then, describes the clinical symptoms more commonly found.

3) — The puncture does not always presents sufficient elements to help the diagnosis, as believed by the majority of A.A., and may be dangerous to the patient. The puncture must be used only in exceptional cases.

4) — The A. says that the radiological examination is very important, but must be preceded by clinical examination.

5) — Regarding the radiological symptoms, the elevation and immobility of the diaphragmatic hemi-cupula on the injured side, and the presence of the symptomatic pleural effusion are considered carefully because they represent signals that always follow the *s. p. a.*

6) — The artificial pneumo-peritoneum is regarded as complementary help in cases that differential diagnosis is difficult. Its indication must be given very carefully by the radiologist. The A. reports the important fact that in individuals without pathologic process of the diaphragm, the air injected in the abdomen sometimes appears under the diaphragmatic hemi-cupulas, 6, 10 or even 24 hours after the artificial pneumo-peritoneum is practised. This may cause grave errors or confusions in the interpretation of the radiological examination by inexperienced radiologists.

7) — The A. tells about the practical value of the contactography that many times may help to visualize the diaphragmatic hemi-cupula of the injured side in cases of incomplete or impossible visualization by common radiography. The contactography helps also to acquire important details for the diagnosis.

8) — Referring to the differential diagnosis between the empyema and the *s. p. a.*, it is useful to know that both can coexist. The presence of the first excludes the presence of the second (in case of suspicion of this one) only after a careful examination. The A. analyses the differential diagnosis with perinephretic abscesses, pulmonary abscesses and many other diseases.

9) — The *s. p. a.* many times regrades for the spontaneous cure. This may affect the conviction of the inexperienced physician referring to an anterior diagnosis.

10) — The complications are, generally, to the side of the thoracic cavity. Surgical drainage done in time is the means to prevent them.

11) — The prognosis of the *s. p. a.* is almost to the patient, if he does not have the help of surgery. The operation saves from death the majority of the patients, and constitutes the only treatment of the disease.

12) — The inflammatory processes of ileo-cecal appendix, the perforated gastric ulcer, and many abdominal diseases, or even other extra-abdominal diseases, may give origin to s. p. a.

13) — The staphylococcus, streptococcus and pneumococcus are the germs more commonly responsible for the s. p. a.

14) — The infection spreads by intra-peritoneal way (due to the capillarity in superficies and the diaphragmatic suction due to breath moviments), lymphatic and hematogenic way.

15) — The surgical technic must be carefully determined for each case of s. p. a.; for that the success of the operation depends in great part of it.

LITERATURA CONSULTADA:

- 1 — ALVARO PONTES: Abscessos sub-frênicos. Brasil Médico, 15-1-1938.
- 2 — ASSMANN (H.): Klinische Roentgen Diagnostik der Inneren Erkrankungen; F.C.W.Vogel, — Berlin.
- 3 — CARLOS CHENAUD: Pleuriz purulento ou abscesso sub-frênico? The-
rapia, março-abril, 1939, 9/14.
- 4 — DE QUERVAIN (F.): Tratado de diagnóstico quirúrgico. Tradução
espanhola da 7.^a edição alemã por E. Jaumandreu.
- 5 — FORGUE (E.): Précis de Pathologie Externe, 9.^a edição, Tomo 2.
- 6 — HARPER (F.R.) e THOMAS (C.A.): Subphrenic Abscess Following
Trauma The Jour. Am. med. assoc., October, 1935.
- 7 — HOCHBERG (L.A.): Subphrenic Absceses: A Review of 111 Cases
and a Résumé of the Subject; Arch. Surg. 1938, 36:111.
- 8 — JOANNIDES (Minas): Acute primary diafragmatitis (Hedblom's sin-
drome). The Jour. Am. Med. Sc., April, 1935.
- 9 — OCHSNER (A.) e DE BAKEY (M.): Subphrenic Abscess. Collective
review and an analysis of 3.608 collected and personal cases. Intern.
Abstr. of Surg., Suplem. to Surg., Gyn. and Obst., Vol. 66, 1938.
- 10 — OVERHOLT (R.H.) e DONCHES (J.C.): Subphrenic Abscess. Re-
sumo feito por Earl Garside no Intern. Abst. of Surg., Vol. 61, 1935.
- 11 — PINCHERLE (P.): L'ascesso pulmonare. Studio radiológico.
- 12 — RIGLER (L.G.): Outline of Roentgen Diagnosis, pag. 117. Atlas
Edition.
- 13 — STEWART (W.H.) e GHISELIN (F.H.): The paradoxal movement
of the diafragm and mediastinal shift. (Cinefluorographic studies).
Am. Jour. Roent. & Rad. Therapy, June, 1939.
- 14 — TYLER (A.F.): Diseases of the Pleura. Am. Jour. Ronet. & Rad.
Therapy, June, 1939.
- 15 — VASCONCELOS (Edmundo): Abscessos sub-frênicos. Considerações
anátomo-clínicas e técnica cirúrgica. Revista de Cir. de S. Paulo,
Vol. 1, Fasc. 3, 335/384.

TRANSPULMIN



DEXTROSOL

(Glucose - d)



**EM PEDIATRIA
CLINICA MEDICA
CIRURGIA**

*Glucose é a principal
fonte de energia*

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA, 2972
SÃO PAULO

CAIXA, 3421
RIO DE JANEIRO

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artritisismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções para-lueticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

A reativação biológica da sífilis *

Ac. Merrame Adura

Interno voluntário da 2.ª M. H. (Santa Casa)

Introdução: No presente trabalho, focalizamos alguns dos pontos que nos pareceram mais interessantes do problema da reativação biológica da sífilis. Valemo-nos da bibliografia que a Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo nos permitiu alcançar, e, por isso, não chegamos a conclusões definitivas e damos o problema ainda por aberto e digno de toda a atenção, por parte dos estudiosos.

Historico: Estudando o comportamento da reação de Wassermann, durante o tratamento pelo 606, foi muito frequente, no início do mesmo, a observação de um fenômeno estranho: a reação de Wassermann, primitivamente negativa, tornava-se positiva, ou, se positiva, acentuava de intensidade, durante o referido tratamento. Este fato teria sido visto primitivamente por GENNERICH e depois, cuidadosamente estudado por MILIAN (19,3), tendo sido denominado por este motivo, fenômeno de *Gennerich-Milian*. Entretanto, MILIAN (13,22) afirma ter-lhe dado em 1910 o nome de *reativação* e nega que alguém o haja precedido, afirmando mesmo não saber se GENNERICH fez algum trabalho comparável ao apresentado por ele, MILIAN, à Sociedade Medica dos Hospitais (1911), e por isso não aceita a denominação: "fenômeno de Gennerich-Milian" (12).

A nossa bibliografia permitiu-nos concluir que se MILIAN não foi o primeiro a verificar a existência do fenômeno, indiscutivelmente foi ele o primeiro a dar uma explicação do mesmo, diversa da dos outros AA. que admitiam uma das explicações seguintes:

- 1.º ação negativa do salvarsan, ou por outra, ação insuficiente do medicamento, permitindo a evolução do mal, durante a sua administração;
- 2.º ausência de valor da reação de Wassermann para a determinação da existência de lues.

(1) Trabalho apresentado ao II Congresso de Est. de Medicina de S. Paulo, em Outubro de 1941.

Foi MILIAN o primeiro a combater essas idéias e o primeiro (1, 3, 12, 21) a enunciar o conceito do despertar temporário da reação de Wassermann, com uma injeção endovenosa de 606, tendo visto nisso uma ação específica do arsenobenzol sobre o espiroqueta, pretendendo fosse esta ação de ordem biológica, obedecendo aos princípios do biotropismo, creado por ele, em 1917 (14, 19).

Teria tido MILIAN o mérito de ligar a causa ao efeito e de aproveitar o fenômeno como um novo meio para esclarecimento do diagnóstico e de orientação do tratamento, isto no dizer de ROSA BORGES (21).

Denominação: Em 1910, MILIAN denominava o fenômeno de *reativação biológica*, para distingui-lo da *reativação in vitro* (1). A este respeito, achamos interessante o modo de ver de HÉLION PÓVOA (19): "Biológica por se passar na intimidade do organismo, resultante de complexos atos biológicos, para se diferenciar de um artifício de técnica capaz de positivar o resultado, que é a junção ao soro de uma certa quantidade de sulfato de bário (Weckelmann), concorrendo para a adsorção do complemento, sem que haja reagentes sífilíticos, fornecendo assim resultados falsamente positivos. Como o excitante reativador, nessa reativação visada pela sífilografia, é sempre um tratamento específico insuficiente, deverá ser denominada *reativação medicamentosa*, para se diferenciar de outros meios de reativação, dispensando-se, por pleonástica, a declaração biológica, porque na economia orgânica não se processam senão atos biológicos".

O fenômeno: Consiste na positivação da reação de Wassermann negativa dos portadores de lues latente, muda ou oligosintomática, por meio de uma ou mais injeções de medicamentos, específicos ou não, ou mesmo de proteínas inespecíficas, ou pela intercorrência de uma infecção. Na literatura, encontramos referências a reativações após traumatismos, mudanças de clima, etc. As vacinas, o leite, a auto-hemoterapia, a inflamação local foram utilizados para provocar o aparecimento do fenômeno. Este pode ser *precoce* (aparecimento dentro dos três primeiros dias), ou *tardio*, mais ou menos depois do 12.º dia (1). Póde-se dar *espontaneamente*, durante as infecções, ou surgir após provocação, falando-se, então, respectivamente em *reativação espontânea* e *reativação provocada*.

O fenômeno é precoce com o leite, tendo surgido por volta do 6.º dia, na quasi totalidade dos casos de ARTOM, dando-se com a auto-hemoterapia por volta do 3.º dia, segundo TIERI (24) e segundo o que pudemos observar em três casos, numa série de dez, em que aplicamos a técnica do referido autor. DUFOUR (4) refere ter obtido reativação, 36 horas após a administração da

vacina T. A. B. Já nos casos de MILIAN e de outros AA., a positividade apareceu por volta do 14.º dia após a injeção, referindo-se casos de aparecimento após o 20.º dia.

Pelo exposto, avalia-se como é variável a *época de aparecimento da positividade provocada*, permitindo-nos compreender a citação seguinte de HÉLION PÓVOA (19): "MILIAN aconselha a reativação medicamentosa por meio de uma ou mais injeções endovenosas de neosalvarsan e consecutiva colheita sanguínea para a fixação do complemento, 24, 48, 72 horas, e dias após, repetindo-se os exames por longo espaço, se perdurar negativo o Wassermann. No erro das colheitas isoladas e muito espaçadas incide a maioria daqueles práticos que conclamam a inutilidade da reativação de GENNERICH-MILIAN. As colheitas do material para exame devem ser precoces, ameadadas e por espaço de longo tempo. Devem ser precoces, porque FORDYCE provou a possibilidade de reativações medicamentosas em 24 horas. Ameadadas, diariamente, de dois em dois dias, de três em três, por causa das "flutuações acidentais de anticorpos", tradutoras, talvez, de imunidade por escalões. Demonstra-nos a sorologia moderna, pela positividade variável de fixação de complemento em 24 horas, estes enriquecimentos periféricos passageiros de reaginas sífilíticas. E' o fenômeno de Craig: em 24 horas, soros sanguíneos de um mesmo indivíduo, obtidos por punções venosas diversas, com uma só técnica, fornecem Wassermann do fortemente positivo ao negativo".

Compreendemos, assim, como é difícil a execução prática de semelhante método, principalmente, se encararmos o lado econômico.

Quanto à *duração da positividade provocada*, ARTOM (1) pôde pesquisa-la em poucos casos e a diversidade dos dados que obteve não lhe permitiu tirar uma regra sobre o fato. Encontramos referências de MILIAN a casos em que a positividade persistiu 10 semanas, outros 3-4 semanas; DUFOUR (4) refere um caso de persistência de 3-4 semanas.

Entretanto, o próprio MILIAN (22) considerava o fenômeno como *fugaz*. Porem, GEYER (5), tratando da especificidade da reação, diz: a reação positiva só é específica, quando persistente e de certa intensidade. Para se saber em um caso duvidoso se se trata de um resultado específico, deve-se repetir a reação 15 dias após a primeira. Se persiste positiva, com tendência a aumentar de intensidade, a reação é específica; se diminui de intensidade, ou se se torna negativa, trata-se possivelmente de uma reação falsa, dependente exclusivamente do 914.

Ficamos, assim, com dois grupos opostos de opiniões; o que nos causou estranheza foi o modo de ver de GEYER, diferente de todos os demais AA. por nós consultados, que encara o problema

diversamente do que estávamos acostumados a ver na prática diária e do que MILIAN e sua escola ensinam sobre o assunto.

Explicação do fenômeno: Aqui também verificamos a discordância dos diversos AA. Assim, ARTOM (1) diz admitir MILIAN a reativação como sendo devida à morte do espiroqueta pelo salvarsan: — os espiroquetas mortos se comportariam na produção de anticorpos como os bacilos mortos na soroterapia antidiftérica. E' ainda do mesmo autor a afirmativa de que, com MILIAN, a maior parte dos sifilígrafos admite ser a reativação um fenômeno semelhante ao de Herxheimer, devido aos anticorpos postos em circulação pelos espiroquetas mortos.

“O fenômeno é ainda obscuro, e todos os AA. se pronunciaram sobre o assunto com hipóteses e interrogações. A proteíno-terapia inespecífica, sozinha, é capaz, na sífilis, de modificar as reações biológicas e também de resolver completamente lesões clínicas. Estes fatos justificam a seguinte maneira de pensar: embora indiretamente, por meio da exaltação rápida, tumultuária, dos poderes de defesa orgânica, se dê a destruição de espiroquetas e consequente formação de anticorpos” (1). Entretanto, o próprio A. levanta a esse conceito uma objeção grave, baseada no aparecimento precoce do fenômeno, quando provocado pelo leite, relativamente ao aparecimento provocado pelos arsenicais. Como vimos, por volta do 14.º dia verificava-se o aparecimento da positividade provocada, nos casos de MILIAN, sendo que este A. se utilizava deste fato como um argumento decisivo em favor de uma relação de causalidade e não de coincidência, entre as injeções provocadoras e a reativação sorológica. Tendo ARTOM e GUSZMANN verificado o aparecimento por volta do 6.º dia, o primeiro é levado a perguntar: “Como se pode pensar que uma ação imponente como a do 914, mais ativa pela própria natureza do produto, mais rápida pela via de introdução, que mais depressa e em maior número pode produzir a morte do espiroqueta e a formação consequente de anticorpos, bem como o aparecimento dos mesmos na circulação, possa exercer uma ação reativante mais tardia que a injeção de leite?”

ARTOM acha que a mesma objeção pode ser feita ao conceito de REBAUDI e SIVORI. Estes dois últimos, partindo do conceito de, que a reação de Wassermann é imunitária, que depende do processo reativo orgânico, emprestam a esta reação um papel auxiliar importante para o diagnóstico. Admitem eles que a positividade da reação possa estar na dependência de um processo em plena atividade, bem como pode ter o valor de uma reação alérgica, persistente após a cura. Em consequência desse modo de pensar, uma reação negativa pode significar a cura da molestia ou anergia devida a um predomínio do vírus sobre o organismo, que por isso não tem mais poder de produzir elementos em quan-

tidade capaz de dar uma reação. Partindo dessas pressuposições, os referidos AA. citam para o fenômeno as seguintes explicações:

1.º) ou, injetando uma substância espiroquetíca, se põem em circulação os antígenos devidos à destruição dos espiroquetas;

2.º) ou, a própria substância com a sua ação desintoxicante, diminui a ação do vírus, permitindo ao organismo reagir;

3.º) ou, enfim, os dois fatos se dando concomitantemente. Para os referidos AA. esta seria a hipótese mais favorável.

E' ainda do trabalho de ARTOM (1) o seguinte: o fenômeno não seria consequência imediata do choque hemoclásico, não podendo ser consideradas como elementos patogênicos da reativação biológica as modificações morfológicas e físico-químicas que se dão no sangue durante o choque coloidal. Porém, modificações ligadas às primeiras podem ser consideradas como tais. São elas de natureza físico-química, não mais sendo acompanhadas de alterações morfológicas do sangue, e podem ser obtidas com a introdução de colóides, bem como de cristaloídes (arsenobenzóis) e parecem ser devidas à influência do medicamento, específico ou não, exercida sobre o protoplasma, podendo-lhe modificar o metabolismo e os processos biológicos.

Neste particular, notou ARTOM modificações na quantidade de cálcio, bem como na quantidade e modo de precipitarem as albuminas e as globulinas. E pergunta ARTOM: "Já que é opinião de muitos estudiosos que a modificação dos constituintes normais do soro determina a reação de Wassermann, sendo que essa modificação está ligada ao cálcio, ou às globulinas, as modificações físico-químicas tardias do sangue podem ser ligadas à reativação?" E o próprio autor responde: "A grande dificuldade para se responder a tal pergunta está na grande incógnita representada pela reação de Wassermann em sua verdadeira essência".

Com efeito, sobre o mecanismo da reação de Wassermann muitos pontos fundamentais estão obscuros. Porém, têm sido fecundos os estudos teóricos sobre o assunto e os resultados dos mesmos parecem trazer a ARTOM argumentos favoráveis para ligar a reativação aos fenômenos físico-químicos tardios já referidos.

Até quando se admitia o conceito imunitário da reação de Wassermann, lógico era pensar-se no despertar da reação devido aos anticorpos postos em circulação pela morte dos espiroquetas e seria brilhante o paralelo do fenômeno da reativação com o observado por CITRON no tifo e que permitiu a este autor enunciar uma lei genérica: "Os tecidos que produziram anticorpos conservam uma energia potencial de produzi-los novamente, sob novo estímulo inespecífico".

Tendo caído o conceito imunitário da reação de Wassermann, e, tendo sido evidenciada a existência de relações estreitas entre o estado físico-químico do soro e suas reações biológicas, sendo estas relações consideradas tão importantes a ponto de se admitir dependerem delas os mecanismos genéticos de muitos fenômenos imunitários e das reações sorológicas, afastando-se todos esses fenômenos da teoria imunitária, orientou-se o estudo dos mesmos para a pesquisa das modificações químicas existentes no soro. Logicamente, conclue ARTOM (1) que é para o estudo de tais modificações que se deve entregar o pesquisador que quiser trazer luz sobre a essência do fenômeno da reativação.

ROSA BORGES (21) admite o biotropismo de Milian: o medicamento em dose insuficiente exacerba a virulência do espiroqueta e esta exacerbação estimula a formação de anticorpos. Para ele, o espiroqueta sobrevive, reagindo biotrópicamente ao medicamento, aumenta a virulência e o campo de ação.

GEYER, sendo da mesma opinião, fala em uma "verdadeira reinfecção". H. PÓVOA (19) admite também o biotropismo para a explicação do fenômeno. A certa altura, porém, do seu trabalho, comentando um caso de reativação por abalo violento (queda de avião) diz textualmente: "É possível que no caso, não fosse o agente reativador o choque mecânico diretamente, mas o choque proteico das albuminas, tornadas heterólogas pela destruição histórica, de função reativadora importante, conforme provou ONTIVEROS".

MAC DONACH admite que o salvarsan aumenta o poder de reação do organismo; BOURGERON e JOUFFRAI creem que a injeção reativadora destrua certo número de espiroquetas e esta destruição, libertando uma certa quantidade de toxinas, as quais são postas em circulação, provoca formação de anticorpos, tornando-se positiva a reação. MARTELLI admite a reativação como sendo devida, pelo menos, a duas espécies de fatores, uns orgânicos, indiretos, genéricos; outros, parasitários, diretos, específicos, ligados à destruição dos espiroquetas. Esses fatores exaltariam a formação de anticorpos, provocando a positividade da reação. A reativação, para este A., filiar-se-ia ao fenômeno de Herxheimer. (cit. por SPREMOLLA, 23).

MILIAN (13), cuidando da explicação do fenômeno, quando provocado por infecções, diz não acompanhar os AA. que admitem o fenômeno da reativação como sendo devido a reações bioquímicas, independentes de toda intervenção do espiroqueta. O fato lhe parece mais simples (sic) e diz: "Realmente, não é a reação de Wassermann que é despertada, mas a própria doença, verdadeira ação biotrópica da substância química da vacina ou dos micróbios sobre o espiroqueta".

A última palavra ainda não foi dita sobre este aspecto do problema, porquanto ainda persiste a grande incógnita consti-

tuida pela escência verdadeira da reação de Wassermann. Quem conhece os resultados diversos a que os experimentadores chegaram após estudos bioquímicos do soro Wassermann positivo e do soro Wassermann negativo compreende muito bem o porque de a incógnita permanecer de pé ainda nos nossos dias. E, enquanto não se conhecer qual o mecanismo genético da reação de Wassermann, não é possível atinar com a explicação do fenômeno da reativação.

Necessidade da reativação: — A sífilis nem sempre se exterioriza por sinais clínicos bem típicos, característicos. A sua evolução, por vezes, é clinicamente silenciosa. Daí a necessidade que tem o médico de lançar mão de outros recursos para poder estabelecer, ou afastar a etiologia luética de um determinado caso, valendo-se, então, de reações humorais. Porém, estas reações são falíveis, e, nem por falharem em casos clínicos de sífilis latente, devem elas ser desprezadas, uma vez que sinais clínicos que falham, nem por isso deixam de ser pesquisados sistematicamente. (22)

Essa negatividade da reação de Wassermann em indivíduos seguramente luéticos não deve ser encarada com u'a maravilha, no dizer de SPREMOLLA (23), pois que a reação está ligada, ou à presença de anticorpos, ou melhor, segundo as hipóteses mais recentes, à presença de agregados especiais lipoproteicos que faltam comumente no sangue, nos períodos anérgicos, ou que então se encontram em quantidade muito pequena, insuficiente para dar o fenômeno de desvio, ou de floculação. Ora, a formação de anticorpos, ou de agregados lipoproteicos, é maior nas formas recentes e vai gradativamente decrescendo com o envelhecer da moléstia e com a entrada da mesma para a latência. E' lógico, pois, nas formas latentes e antigas da infecção, ser negativa a reação.

Para remediar semelhante inconveniente, procurou-se recorrer a técnicas mais ou menos delicadas, usando-se expedientes que nem sempre se mostraram suficientes, revelando-se alguns inseguros por tirar especificidade à reação.

A reativação foi um meio proposto para obviar esse inconveniente.

Aplicação: — O método entrou para a prática corrente como auxiliar indiscutível do diagnóstico, sendo comumente usado junto com outros artifícios (antígenos colesterinizados, complementos em doses escalares, aumento da quantidade de soro hemolítico), afim de se obter maior sensibilidade da reação, para diagnóstico de sífilis antigas, anérgicas, dúbias, ou para se ter um controle sorológico mais probativo ao se avaliar a cura de um sífilítico tratado (1).

O método teria, pois, sua maior aplicação como auxiliar do diagnóstico e para melhor controle de cura.

MILIAN (13) aplicou-o ao estudo da sífilis em geral e particularmente ao estudo do estado de cura dos luéticos. Para ele é incontestável que, em um doente com reação de Wassermann negativa e sem tratamento desde há um ano, a aparição de uma reação positiva, sob a influência de um tratamento curto, é uma prova de que o paciente não está curado, enquanto a persistência da negatividade é um argumento a favor da cura e escreve textualmente: "je ne dis pas une preuve".

GEYER, embora admita que na sífilis primária o 914 antecipa a positividade da reação, considera exagero a pretensão de J. MAY de aproveitar a reativação para o diagnóstico da natureza do cancro, afirmando ser a pesquisa direta do espiroqueta no cancro, ou no gânglio satélite, mais eficaz e mais prática do que a reativação.

Regras para se provocar o fenómeno: — E' errônea a conduta dos que prescrevem tratamento reativante antes de conhecer a natureza da reação de Wassermann do paciente. Temos visto na prática diária, médicos aconselharem um tratamento específico curto antes de saber qual a natureza da reação de Wassermann do paciente, pretendendo evitar perda de tempo. E' óbvio que esta conduta é errônea, principalmente do ponto de vista científico, pois que é sabido ter muito mais valor uma reação de Wassermann positiva, antes de qualquer tratamento, do que a positividade provocada. Sobre o valor desta última, ha ainda discordância entre os AA.

Foram estabelecidas por MILIAN, as seguintes regras para a reativação medicamentosa:

1.º) Praticar a injeção provocadora longe de todo tratamento antilúético, vários meses, ou melhor, 1 ano após o seu término. Ter-se-á assim maior probabilidade de reativar a reação, i. é, de revelar a existência de focos de sífilis latente reativados pelo tratamento específico.

2.º) Fazer 3 soro-reações após a injeção provocadora 5, 15, 25 dias. Têm-se assim todas as possibilidades de não deixar passar despercebida uma reativação passageira. Se não se puderem exigir 3 soro-reações do doente, fazer pelo menos a do 15.º dia, que tem mais probabilidade de ser positiva.

Com os preparados inespecíficos, para que a reativação dê resultados apreciáveis, deve ser praticada em pacientes com sífilis antiga, nunca tratada, ou ha tempo não tratada por específicos, para evitar, ou o insucesso certo da reativação tentada sobre uma reação de Wassermann tornada negativa, por um tratamento recente, ou a possibilidade de uma reativação devida à ação provocadora exercida pelo específico, não como tal, mas por resíduos de medicamentos anti-luéticos existentes no organismo,

resíduos que se podem tornar ativos pela injeção de preparados inespecíficos. (ARTOM, 1).

De um modo geral, o tratamento reativante não deve ser, nem muito energico, nem muito fraco.

Reativantes: — E bastante grande a lista das substâncias que foram tentadas como reativantes, tendo sido usados os específicos e uma infinidade de substâncias inespecíficas. Além da medicamentosa, a literatura regista a reativação por moléstia infecciosa e uma vez que se verificou a capacidade de as moléstias infecciosas reativarem a reação, não havia senão um passo para cogitar-se de se obter o mesmo fenômeno à custa de toxinas microbianas. Com efeito, diversos AA. evidenciaram a capacidade de vacinas (anti-tífica, anti-colérica, etc.) reativarem a reação de Wassermann. Encontramos ainda na literatura referências a reações de Wassermann persistentemente negativas, tornarem-se positivas após traumatismos.

Usando substâncias diversas, trabalhando com material diverso, os resultados obtidos por diferentes AA. não podem ser comparados entre si. Podemos dizer entretanto que os dados de MARTELLI, SPREMOLLA e SILBERSTEIN são favoráveis a se considerarem os arsenicais como excelentes reativantes. Nenhuma estatística conhecemos melhor do que a de MARTELLI que em 565 casos, obteve 370 reativações com o 914. Uma tese sobre o assunto muito divulgada em nosso meio é a de SANCHES; nela podemos verificar diferirem os dados obtidos pelo A. do que acabamos de afirmar. Entretanto, a discrepância se explica não só pelo pequeno número (25) de casos do A. como também pelo seguinte: os resultados diversos dos diferentes AA. que se preocuparam com o assunto não podem ser comparados entre si, dada a heterogeneidade do material usado, quer humano, quer medicamentoso, e também pela diversidade do número de pacientes e pelo grau de evolução e de tratamento anterior da moléstia. Não podemos comparar dados de AA. que trabalharam com sífilíticos certos com os de outros que tomaram por pacientes indivíduos onde a suspeita do mal era bastante leve, bem como não podemos comparar dados referentes a pacientes mal tratados com os referentes a pacientes intensamente tratados. Acresce ainda deverem indubitavelmente os resultados diversos com os preparados ser atribuídos também, como quer MARTELLI (cit. SPREMOLLA, 23), ao modo diverso de os vários organismos reagirem aos estímulos químicos.

Vador do método: — O valor, para MLLIAN, é incontestável e muito grande, não obstante ele mesmo admitir que uma reativação negativa, em um doente já tratado, seja um argumento de cura e não uma prova.

REBAUDI e SIVORI consideram como sendo bastante grande o valor do método na prática e o admitem como prova necessária nas

reações de Wassermann negativas, para distinguir um processo extinto de uma forma ativa, em um indivíduo de capacidade reativa limitada. Isto dentro do conceito imunitário da reação de Wassermann que eles aceitam.

PÓVOA (19) considera a reativação medicamentosa da sífilis como um dos primeiros aproveitamentos semiológicos da noção fecunda do biotropismo, afirmando que a grande maioria dos sífilígrafos a pratica confiante nos inúmeros casos de sífilis negados pela sorologia e suspeitados pela clínica.

DARIER (3) admite ter a reativação positiva um valor prognóstico e impor tratamento; se negativa, não significa que a esterilização seja certa.

Existência do fenômeno: — Na nossa literatura encontramos referências a fatos contrários à existência do fenômeno da reativação, outras contrárias à especificidade do mesmo, outras opondo-se ao seu valor como método prático. Por outro lado, encontramos também referências favoráveis ao fenômeno no concernente aos mesmos aspectos referidos atrás. Para não nos alongar demasiado, vamos focalizar a crítica de PERKEL, MOREYNISS e Mme. ISRAELSOHN (21), que é uma das mais bem orientadas das feitas contra a existência e o valor prático do fenômeno: os referidos AA. viram nas oscilações naturais da reagina luética um meio mais eficaz para chegar às mesmas conclusões do que usando a reativação biológica. Publicaram estatísticas favoráveis a essas oscilações e as incluíram como um dos fatores no aparecimento da reativação da reação de Wassermann. Atendendo bem para a opinião desses AA. e considerando o registo de reativações precoces, no intervalo de horas apenas, e de reativações tardias, meses após o tratamento reativante, compreendemos terem eles razão. Porém, lendo o que ROSA BORGES escreve sobre o assunto, compreendemos estar ainda o problema aberto para a investigação científica. Diz o referido A.: não ha dúvida de que essas oscilações existem, sendo mesmo comum a observação de doentes ficarem na dúvida se têm ou não sífilis, porque, em exames repetidos, os resultados não foram uniformes. Porém, a reativação não perde nada com isso, ambas existindo paralelamente. Mais prático, porém, é provocar uma positividade do que esperar meses, ou anos, para ela sobrevir, quando na clínica, muitas vezes, ha a necessidade urgente de estabelecer o diagnóstico, afirmando, ou afastando a hipótese de lues. (21).

Entretanto, recentemente, ARTOM (2), referindo-se incidentemente sobre a reativação e prometendo voltar ao assunto, refere induzi-lo sua experiência a ser muito pouco favorável ao fenômeno da reativação, que não vê produzir-se em seus casos com a frequência que se quer acreditar e escrever e no qual o fator fortuito e o fator inespecífico parecem exercer um papel muito no-

tavel, tanto que o autor tem a impressão de a frequência do fenômeno da reativação constituir um dos prejuízos que se têm relativamente ao soro-diagnóstico da sífilis.

E' nosso modo pessoal de encarar este aspecto do problema o seguinte: cremos que para se poder afirmar ou negar a existência do fenômeno da reativação, muito terá de ser feito no campo da experimentação e da observação clínica. Achamos indispensavel o conhecimento prévio minucioso da reação de Wassermann do paciente, da curva sorológica do mesmo. Este conhecimento exige reações amiudadamente repetidas, para se surpreenderem possíveis surtos de positividade, ou de negatividade, bem como a ocorrência do fenômeno de Craig. A existência de curvas sorologicas irregulares, com pequenas ou grandes oscilações, entre o negativo e o fortemente positivo, permite-nos compreender como, nos casos mal acompanhados sorologicamente, se pode pensar em reativações por abalos violentos, mudanças de clima, etc....

Para poder falar em reativação no conceito de MILIAN, o pesquisador deverá colocar-se dentro das regras enunciadas pelo referido A. e conhecer nos seus mínimos detalhes o comportamento da reação de Wassermann do paciente por espaço de tempo relativamente longo e só depois tentar reativar. Caso contrário, ficará sempre sujeito à crítica de que o fato é fortuito, acidental, e que sem o reativante a reação se tornaria positiva. Este modo de encarar o problema invalida por assim dizer a aplicação prática do método, porem confere ao pesquisador segurança de conhecimento do assunto. Não temos noticia de nenhum trabalho tão cuidadoso feito nesse sentido.

Encarando o lado pratico do problema, achamos que a reação de Wassermann deve ser colocada em seu justo lugar, isto é, como um "exame de laboratório a cujo resultado positivo ou negativo só pode dar valor o clínico, que aprecia os demais sintomas do quadro clínico e cuja etiologia busca esclarecer". E' preciso que uma vez por todas se firme no espírito dos clínicos que "é falsa a fórmula simplista que ainda vários médicos seguem, segundo a qual toda reação de Wassermann positiva demonstra infecção sífilítica, toda Wassermann negativa permite negá-la".

Achamos que, sendo a clínica soberana às provas de laboratório, o médico, diante de um quadro clínico indubitavel de lues, com Wassermann negativa, não deve perder tempo em reativá-la, mas iniciar o tratamento seguro e eficaz. Para controle de cura, repetidas reações dando negativas, não vemos inconveniente em tentar reativar, segundo as regras ditadas por MILLIAN, interpretando os resultados da mesma, de acordo com o modo de ver do proponente do método.

Creemos assim que, pondo as coisas em seu justo lugar, ficam definitivamente afastadas as noções errôneas de infalibilidade do método e de que uma reativação negativa seja uma prova de ausência de lues, ou de extinção do mal.

Conclusões: — Sob o aspecto estritamente científico, para se poder falar em reativação “sensu strictu”, achamos dever ainda muito ser feito no campo da pesquisa, quer para afirmar, quer para infirmar a existência do fenômeno. A explicação do fenômeno, na essência do seu mecanismo, encontra o maior obstáculo na incógnita que ainda hoje representa a essência verdadeira da reação de Wassermann, uma vez que os dados experimentais, referentes a muitos pontos fundamentais do mecanismo íntimo da reação, não são acordes entre si, constituindo para nós ainda uma incógnita qual a alteração do soro capaz de positivar a reação de Wassermann.

Na prática, o valor do método para o esclarecimento de um caso clínico é relativamente pequeno, por ser pequeno o valor da própria reação de Wassermann, não tendo o médico o direito de armar esta equação simplista: Reação de Wassermann positiva = sífilis, na totalidade dos casos, uma vez que a literatura é rica de casos de indivíduos insuspeitos de lues, nos quais a reação de Wassermann era positiva.

Sobre o assunto é interessante a leitura do trabalho de ARTOM publicado em 1940, entre nós (2).

Se é pequeno do ponto de vista do diagnóstico, pequeno também é para o controle de cura, onde uma reativação negativa é um *argumento*, mas não uma *prova*, como mesmo diz o seu maior defensor, MILIAN.

Sumário: — O A., consultando a bibliografia a seu alcance fez um estudo da literatura da reativação biológica da sífilis, focalizando os aspectos que julgou mais interessantes do ponto de vista prático. Concluiu que não se pode negar ou aceitar a existência do fenômeno, sem que a investigação científica prossiga no estudo do problema, pesquisando em condições a coberto de toda e qualquer crítica, sendo que o A., no texto, expõe o modo de pensar seu de como esta pesquisa deverá ser feita. Acha que a explicação do fenômeno, uma vez que o conceito imunitário da reação de Wassermann não é mais aceito, depende estritamente da explicação do mecanismo genético da própria reação e este para o A., pelo menos de acordo com o que leu, ainda não é conhecido em todas as minúcias, na sua verdadeira essência. Julga que, na prática, se abusa muito de “reativações” e que seu valor é pequeno, por ser pequeno, mesmo para o diagnóstico, o valor da própria reação de Wassermann.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ARTOM, M. "La riattivazione della reazione di Wassermann com iniezioni di proteine aspecifiche" — "Il Policlinico" (sez. prat.) 31: 1611-1619 '24.
- 2 — ARTOM, M. "Sobre as assim chamadas Wassermann oscilantes" Rev. de Biologia e Medicina: 1: (1): 34-40 '40.
- 3 — DARIER, J. "Précis de Dermatologie", pag. 771 2.^a edição 1935. Masson & Cie. Éditeurs — Paris.
- 4 — DUFOUR, H., WIDIEZ e CASTERAN. "Sur la réactivation de la réaction de Bordet-Wassermann dans les maladies (Infections expérimentales)". "Bull. et Mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris: 50: 778-782 '26.
- 5 — GEYER, C. "A reativação biológica da reação de Wassermann" "Arq. Riogr. de Med. 5:213-218 '37.
- 6 — KING, J. T. "The quantitative effect of Salvarsan on the Wassermann Reaction of the blood". J. A. M. A. 67:1669-1671 '16.
- 7 — KREFTING, R. "Considérations sur la réaction de Wassermann et critique de sa réactivation par l'injection provocatrice de salvarsan". Paris médical 30:81-84 '24.
- 8 — KREFTING, R. "La réactivation de la réaction de Wassermann par l'injection provocatrice de salvarsan". Paris médical 55:104-105 '25.
- 9 — MARTINOTTI, L. "Singular acción reactivante del tártaro estibiado". Actas dermo-sifilograficas: 29:265-269 '38.
- 10 — MENDES DE CASTRO. "Erythema do 9.^o dia, durante o tratamento pelo Neosalvarsan" Rev. Assoc. Paul. de Med. 11:205-206 '37.
- 11 — MILIAN, G. "Arsénobenzol, Erythèmes et Rubéole". Paris Médical: 32:131-135 '17.
- 12 — MILIAN, G. "La réactivation biologique de la réaction de Bordet-Wassermann". Paris Médical 53:134-136 '24.
- 13 — MILIAN, G. "La réactivation de la réaction de Wassermann et les infections". Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris 50:795-800 '26.
- 14 — MILIAN, G. "Biotropisme microbien par agentes physiques". Rev. Franç. de Dermat. et Venerologie 3:362-366 '27.
- 15 — MILIAN, G. "Activation de la syphilis par le traitement antisyphilitique". Paris Médical 67:42-48 '28.
- 16 — MILIAN, G. "A propos du biotropisme". Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris 54:585-586 '30.
- 17 — MONTEIRO, J. "Valor da coloidoclasioterapia na infecção meningococcica e nas molestias infecciosas" pags. 52-63. 1923 Rio de Janeiro.
- 18 — PINARD, M. "À propos de la réaction de la réaction de la réaction de Bordet-Wassermann". Bull. et mém. Soc. méd. d. hôp. de Paris 50:724-726 '26.
- 19 — PÓVOA, H. "Reactivação syphilitica pelo frio". Rev. Bras. de Med. e Pharm. 3-4:111-116 '29.
- 20 — RISER, "A propos de la réactivation de la réaction de Wassermann". Paris Médical 55:106-107 '25.

- 21 — ROSA BORGES, D. "Reactivação biológica da reacção de Wassermann". Rev. da Cruz Azul de São Paulo 7-8: 3-7 '37.
- 22 — SANCHEZ, M. S. "Da reativação biológica no diagnostico das formas frusta da sífilis". Tese inaugural da Fac. Med. S. Paulo, 1933.
- 23 — SPREMOLLA, G. "Sulla riattivazione biologica della reazione di Wassermann". Il Policlinico (sez. med.) 4:214-218 '24.
- 24 — TIERI, V. "Un nuovo metodo di sensibilizzazione della reazione di Wassermann". Argomenti di Farmacoterapia 4:1-3 '34.
- 25 — WEBB, E. L., KITCHEN, S. F., KUPPER, W. H. "The influence of Malarial Infections on the Wassermann and Kahn Reactions" J. A. M. A. 112:1443-1449 '39.
- 26 — ZOCHIO, J. B. "Soro-reacções resistentes e irreductíveis na sífilis". Tese inaugural Fac. Med. S. Paulo, 1934.

NOTA: — O presente trabalho já tinha sido revisto, quando nos foi dado ler: "Febre gangliar de Pfeiffer ou mononucleose infecciosa", nos "Arq. de Biol." 249: 125-140, junho de 1942, da autoria de GONZALEZ TORRES, D. M. e SAWAYA, MELCHIOR, onde encontramos (pag. 129-30) referencias à positividade das reacções sorológicas propostas para o diagnóstico de lues nos portadores de mononucleose infecciosa.

O parágrafo seguinte é transcrito textualmente do artigo referido:

"E' muito importante ter em conta estas falsas reacções positivas para a Lues, sobretudo si se pensa que se pode achar uma falsa reacção, 4 cruzes positiva em um doente com manifestações exantemáticas ou roseoloides, com polladenopatia, e quadro clinico confuso (febrícula, cefaléa, etc.) que não permite o diagnóstico ou pelo menos a suspeita de tratar-se de mononucleose infecciosa e que obrigue a um tratamento especifico intenso e desnecessário".

CITOSINA

REUMATISMO - ARTRITISMO CIATICA - IRITES

Iodeto de Sodio

1.ª Série 2 cc.

Salicil. de Sodio

2.ª Série 5. cc

Agua Bi-Destil.

3.ª Série 10 cc.

INJEÇÕES INTRAMUSCULARES OU ENDOVENOSAS

LABORATORIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.

Rua S. Joaquim, 381 — SÃO PAULO

Caixa Postal, 3018, — Telefone, 7-2955

Sobre um caso de Blastomicose (Granuloma paracoccidioide) curado pela sulfanilamida

Dr. Firmino de Oliveira Lima

Do Departamento de Saude de São Paulo e do Serviço de Dermatologia e Sifilografia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Trabalhando há alguns anos no Ambulatório de Dermatologia e Sifilografia da Santa Casa (Serviço do Prof. J. Aguiar Pupo), e na 4.^a M.H., também da Santa Casa, (Serviço do Prof. Adolpho Lindenberg), tivemos ocasião de examinar inúmeros doentes de Blastomicose, e ficamos bastante penalizados de vêr que eles entravam para a nossa enfermaria para, logo desiludidos, voltarem aos seus lares, quando a morte não os colhia no próprio leito do Hospital. Impressionados com este quadro, para o qual a medicina se mostrava impotente, várias vezes conversámos com os mestres e colegas sobre a possibilidade de tentativa de uma nova terapêutica para aqueles miseráveis condenados à morte. Tudo já fôra experimentado: iodeto de sódio, azul de metileno, tripaflavina, mercúrio-cromo, sulfato de cobre, verde malachite, arsenicais, mercuriais, etc., e tudo em vão...

Ressoavam em nossos ouvidos as palavras dos mestres: Na Blastomicose, quando o sistema ganglionar é atingido, a sentença de morte está lavrada.

No livro de entrada de doentes da 4.^a M.H., verificamos que, no decênio de 1930 a 1939, se registaram 71 doentes de Blastomicose, dos quais 30 óbitos se deram na própria enfermaria. Dos restantes, 41, sabemos que apenas dois se salvaram; um porque foi resistente e depois de três anos alcançou o advento da Sulfanilamida, e o outro porque foi o nosso primeiro caso de cura, e que constitue objeto principal desta observação.

Já eram formidáveis os feitos da grande e maravilhosa descoberta de Domagk — a sulfanilamida —, da qual para se realçar seu valor basta que se diga ter merecido o prêmio Nobel, quando entra para a 4.^a M.H., removido da 2.^a M.H., com o diagnóstico de Granulomatose paracoccidioide, A. T., com 14 anos apenas, brasileiro, de cor parda, vindo de Juliápolis (Marília — E. S. Paulo). Lamentamos a sorte daquele joven que buscava a morte em um leito da Santa Casa de Misericórdia. Tal era seu estado que sua papeleta, sob N.º 5.539, trazia a cruz vermelha

daqueles que recebem a Extrema Unção, conforto religioso que as Irmãs carinhosas da Santa Casa não se esquecem de dar aos seus doentinhos.

Feito o diagnóstico clínico, solicitamos do Laboratório Central a pesquisa de *Paracoccidioides brasiliensis*, que o Dr. Luis de Sales Gomes positivou em material retirado de gânglio.

No mesmo dia 27 de Abril de 1939, levado pela medicação clássica e mais usual, receitamos iodeto de sódio endovenoso e "per os". Mas, na ânsia de conseguirmos algo em favor daquela vida moça, lembramo-nos da sulfanilamida, cuja fama mais e mais se alargava na terapêutica bacteriana. Suspendemos a medicação iodada, substituindo-a pelo ULIRON.

Todavia, por essa época, o Dr. Raphael da Nova, estudioso e competente otorinolaringologista, interessava-se pelo estudo da Blastomicose, e o Prof. Aguiar Pupo nos pediu que, tanto do ambulatório como da enfermaria, encaminhassemos todos os doentes àquele ilustre especialista. E assim o fizemos. E o doente A.T., antes que tomasse uma dezena de comprimidos de Uliron, teve suspensão essa medicação.

Portanto, o doente objeto desta exposição é o mesmo da observação 24, pgs. 410-412, do belíssimo trabalho "Formas Otorinolaringológicas das Blastomicoses", que o Dr. Raphael da Nova apresentou ao 1.º Congresso Sul Americano de Otorinolaringologia (Buenos Aires — Abril 21-25 de 1940).

O Dr. Raphael da Nova instituiu o tratamento pela vacina do Dr. Floriano de Almeida. A primeira série de vacinas teve início em 6 de Maio, terminando a 29 do mesmo mês, e constou de 10 injeções, intervaladas de 2 a 3 dias. A segunda série de vacina, também em número de 10 injeções, iniciou-se a 3 de Junho e terminou-se a 15 de Julho, espaçadas de 4 a 5 dias. O tempo decorrido entre a primeira e segunda séries foi de 4 dias. Depois de um descanso de 15 dias, a 1.º de Agosto, iniciou-se a terceira série de vacinas, compreendendo 10 injeções, com intervalo de 6 dias, e finalizada a 20 de Setembro.

Depois das três séries de vacina, como surgissem em ambos os cavados axilares novos gânglios, maiores que um ovo de pombo, evoluindo até a supuração, instituímos de novo no paciente o tratamento sulfanilamidico, desta vez com um pouco mais de intensidade, e principalmente com perseverança. O resultado benéfico não se fez demorado. A regressão de todos os gânglios se operou a olhos vistos até completa cicatrização.

Em 31 de Janeiro de 1940, consideravamos A.T. curado, depois de tomar 30 injeções e 142 comprimidos de STOPTON.

Como reforço e mesmo consolidação da cura, tomou até 6 de Maio de 1941, mais 20 injeções e 165 comprimidos de "Stopton" obtendo então alta por estar completamente curado.

Ao todo tomou 50 injeções e 307 comprimidos de Stopton.

Assim, quando o Dr. Domingos Ribeiro solicitava, em nota prévia apresentada à Secção de Dermatologia da Associação Paulista de Medicina, (sessão de 13-2-40), primazia para a terapêutica da Blastomicose pelo DAGENAN, nessa mesma sessão comunicamos, em comentário ao trabalho daquele ilustre colega, o nosso caso de cura pelo "Stopton", reforçando assim a idéia de que a SULFANILAMIDA devia ser o específico contra a terrível doença (Rev. Ass. Paulista de Medicina, vol. XVI, n.º 5, pg. 329 — 1940).

Ficámos de colaborar nos trabalhos a se realizarem na 4.ª M.H., mas à competência do Dr. Domingos de Oliveira Ribeiro ficaram entregues todos os casos e orientação para tratamento. E esse inteligente e brilhante dermatologista publicará, muito breve, um trabalho de grande e real valor, com numerosas e completas observações, pelo que desde já o aplaudimos porque o acompanhamos de perto, no convívio diuturno da 4.ª Enfermaria de Pele.

Indiscutivelmente, à ação da Sulfanilamida sobre o paracoccidioides se deve seu efeito benéfico na Blastomicose. Ao mesmo tempo que conseguimos a cura pela sulfanilamida, o Dr. Oliveira Ribeiro obtinha idêntico resultado com a sulfanilamidopiridina (Dagenan).

O Prof. J. Aguiar Pupo lembrou que a ação do núcleo sulfanilamidopiridina parecia ser mais pronta e enérgica devido ao efeito mordente da piridina, que poderia ter atuação direta e destruidora sobre a cápsula, facilitando destarte o contacto e ação da sulfanilamida sobre o paracoccidioides. *In vitro*, todavia, esta ação ainda não se confirmou.

Assim, julgamos que a Sulfanilamida é o específico contra a Blastomicose, e repetimos as palavras do Prof. Adolpho Lindenberg: "A SULFANILAMIDA ESTÁ PARA A BLASTOMICOSE, ASSIM COMO O "914" ESTÁ PARA A SÍFILIS".

OBSERVAÇÃO

Doente: — A. T., papeleta n.º 5 539, 14 anos, brasileiro, cor parda, natural de Baurú, procedente de uma fazenda em Juliópolis, município de Marília, Estado de São Paulo. Deu entrada na 2.ª M. H. da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo a 25 de Abril de 1939, sendo removido no dia seguinte para a 4.ª M. H. (enfermaria de Pele) com o diagnóstico de *Granulomatose paracoccidióide*.

Antecedentes Familiares: — Pais vivos e sadios. Irmãos também sadios.

Antecedentes pessoais: — Nada digno de registro.

Moléstia atual: — Há 7 para 8 meses que sentia dor no pescoço, devido a alguns gânglios que apareceram e foram aumentando de volume, até supuração de alguns. Perguntado, confirmou o hábito de mastigar capim e raminhos de plantas, e com eles muitas vezes esgravatar os dentes.



Foto n.º 1 — Doente A. T. ao iniciar o tratamento pela sulfanilamida.

Exame clínico: — Apresentava aumento de volume das regiões sub-maxilares, devido à confluência e empastamento dos gânglios, com pontos de supuração revestidos de crostas soro-purulentas. Os gânglios retro-auriculares também supurados e recobertos de induto soro-purulento. Gânglios aumentados de volume e rígidos nas regiões supraclaviculares. Aumentados de volume também os gânglios de ambos os cavados axilares, sendo que rígido o da esquerda, e supurado o da direita.

Exame microscópico: — O exame foi feito pelo Dr. Luis de Sales Gomes, Chefe do Laboratório Central da Santa Casa, com material que ele próprio retirou da secreção ganglionar, sendo positivada a presença de *Paracoccidioides brasiliensis*.

Cultura: — A cultura foi positiva. Registada sob n.º 487 da Micoteca da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo (Serviço do Dr. Floriano de Almeida).

Exame da boca: — Aparentemente o paciente nada apresentava de anormal. O Dr. Raphael da Nova procedeu a amidaletomia direita, sendo o seguinte o relatório do exame histológico da amidala: "O tecido linfadenóide da amídala acha-se intensamente infiltrado por grande número de tubérculos epitelióides nítidos, constituídos por células epitelióides e um ou dois gigantocitos. Em me.o a estes elementos notam-se alguns

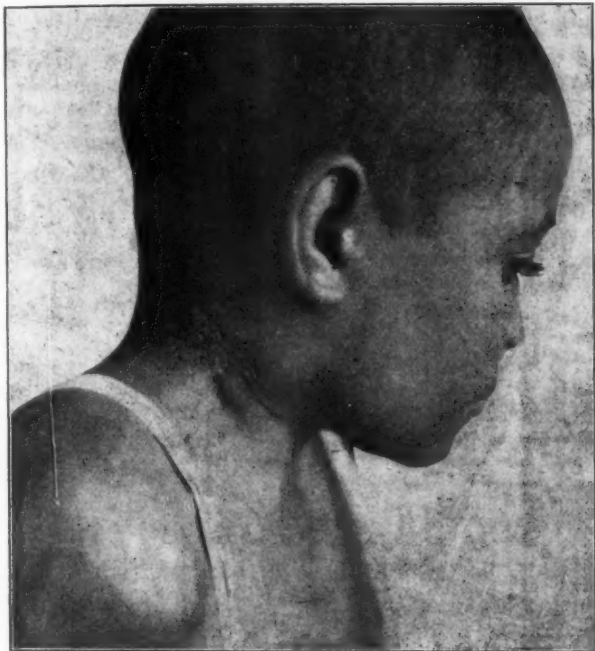


Foto n.º 2 — Doente A. T. em pleno tratamento pela sulfanilamida.
Notar a regressão das lesões.

NOTA — Foi tirada uma 3.ª fotografia depois da cura completa, mas, infelizmente, por questão accidental, não foi possível obter-se cópia alguma dela.

eosinófilos e linfócitos. Na periferia dos tubérculos acumula-se um filtrado celular predominantemente plasmocitário. No interior dos gigantocitos notam-se Paracoccidioides. Em outras zonas, mais raras, o caráter nodular do processo está perdido. Observa-se aqui a presença de uma reação histiocitária de células epitelióides e gigantocitos, difusa, apresentando-se estes elementos em necrobiose. No interior dos gigantocitos, vêm-se paracoccidioides grandes e isolados ou pequenos e acumulados dentro de um mesmo elemento. Estes elementos fazem parte integrante de um verdadeiro tecido granulomatoso, formado de fibroblastos, discreta diferenciação colágena, parvi células e eosinófilos". (pgs. 411 e 412 de Formas otorinolaringológicas das blastomicoses").

Aparentemente o doente nada de anormal apresentava e, no entretanto, o paracoccidióide estava alojado na amidala, que parece ser o ponto de entrada da blastomicose para sua localização ganglionar. Portanto, tratava-se de uma afecção tonsilar frustra com invasão ganglionar bastante estensa.

Exames complementares: — R. Wassermann — Negativa.

Bacilo de Koch no puz — Negativo.

Exame de fezes — *Anguilula stercoralis* — Ovos de *Anquilostomo duodenalis*.

Tratamento: — De começo o paciente teve uma medicação sulfanilamídica pelo "Uliron", que não atingiu a uma dezena de comprimidos, pois foi suspensa para dar início à primeira série de vacina. Depois da segunda série de vacina demos duas injeções de "Sulfanilvacin". E mais uma vez foi suspensa a medicação sulfanilamídica para se fazer a terceira série de vacina. Depois de 17 de Outubro, demos cinco injeções de "Streptoclase" e duas de "Sulfanilvacin".

O tratamento regular iniciou-se, porem, em 22 de Novembro, pela medicação constante de "Stopton" em injeções e comprimidos.

De 22 de Novembro de 1939 a 31 de Janeiro de 1940, tomou o doente 30 injeções e 142 comprimidos de "Stopton". De 1.º de Fevereiro a 6 de Maio, para consolidação da cura, demos mais 20 injeções e 165 comprimidos deste mesmo preparado. Ao todo tomou 50 injeções e 307 comprimidos. A tolerancia ao medicamento foi perfeita.

Em 12 de Fevereiro, enviamos A. T. ao serviço Elétro-Radiológico para uma chapa dos campos pulmonares, e o resultado, assinado pelo Dr. Morctzsohn de Castro, foi o seguinte:

"Hilos de aspecto regular. Não existem sinais de lesões parenquimatosas, nem alterações da trama vaso-brônquica. Seios e cápsulas diafragmáticas livres. (Reg. n.º 83.810)".

Completamente curado, foi dada alta a A. T., no dia 5 de Julho de 1940. Até a presente data sabemos que A. T. tem passado bem, parecendo achar-se completamente curado.

CONCLUSÃO

Para uma doença gravíssima e de alta letalidade, como a Blastomicose, parece-nos resolvido seu problema terapêutico com a SULFANILAMIDA, cuja ação sobre o *Paracoccidioides brasiliensis* poderá ser julgada específica.

RESUMO

Doente de Blastomicose (Granulomatose paracoccidioide) curado pela Sulfanilamida. Sem lesão aparente na mucosa bucal; na amidala, entretanto, o exame histopatológico revelou a presença de *Paracoccidioides brasiliensis*. Gânglios retroauriculares, sub-maxilares e axilar direito — volumosos e supurados. Gânglios axilar esquerdo e supraclaviculares — volumosos e rígidos. Exame microscópico direto e cultura positiveram a presença do *Paracoccidioides brasiliensis* no puz dos gânglios. Tratado pela sulfamilamina houve rápida regressão e cicatrização das lesões ganglionares e cura do paciente.

SUMMARY

A case of blastomycosis (paracoccidioidic granulomatosis) cured by sulfanilamide is presented. There was no apparent lesion of the oral mucosa; in the tonsils, however, the histopathological examination revealed the

presence of *Paracoccidioides brasiliensis*. The retro-auricular, submaxillary and right axillary ganglia were voluminous and supurated. The left axillary and supraclavicular ganglia were voluminous and rigid.

The direct microscopic examination and culture left no doubt of the presence of *Paracoccidioides brasiliensis* in the pus of the ganglia. After the sulfanilamide therapy there was a prompt regression and cicatrization of the ganglionic lesions and ultimate cure.

Conclusion: — The problem of the therapy of such a severe and highly mortal disease as Blastomycosis seems to be solved with use of sulfanilamide, whose action against *Paracoccidioides brasiliensis* may be said specific.

GLYCOSORO

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENADO

COM OU SEM
ESTRYCHNINA

O melhor coptra a fraqueza
organica, sobretudo quando
houver retenção chloretada
Uma injeção diaria ou em dias alternados



SANATÓRIO SÃO LUCAS

CIRURGIA — GINECOLOGIA — OBSTETRICIA



DIRETORES :

Dr. Eurico Branco Ribeiro e Dr. José Ribeiro de Carvalho

RUA PIRAPITINGUI, 114 — Telefone, 7-4020 — SÃO PAULO

Sífilis



CADA LOTE É SUBMETIDO A RIGOROSOS ENSAIOS QUÍMICOS, BIOLÓGICOS E CLÍNICOS, SENDO APRESENTADO COM A GARANTIA DOS ÓRGÃOS OFICIAIS DE CONTRÔLE.

NA CLÍNICA PARTICULAR OU HOSPITALAR ESPECIFIQUE **RHODARSAN** AO PRESCREVER ARSENOBENZOL

CAIXAS DE 1 E 10 AMPOLAS DAS SEGUINTE DOSES:

I - 0gr.15 III - 0gr.45 V - 0gr.75 X - 1gr.50
II - 0gr.30 IV - 0gr.60 VI - 0gr.90 XX - 3gr.

RHODARSAN é o
mais moderno,
mais espirilicida,
mais tolerável
dos arsenobenzóis

RHODARSAN

O ARSENOBENZOL DA ATUALIDADE

CORRESPONDÊNCIA: *Rhoda* C. POSTAL 2916 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 1.º DE JULHO

Presidente: DR. J. A. DE MESQUITA SAMPAIO

Recidiva da gravidez ectópica tubária (Estatística do Serviço do Dr. José Ayres Neto) — DRA. CARMEN ESCOBAR PIRES — A repetição da gravidez tubária na trompa do lado oposto ao anteriormente extirpado, é fato conhecido mas pouco frequente. Pelas estatísticas estrangeiras, essa incidência varia de 2 a 14,5% segundo os diversos autores, sendo a maioria de 5%. Iseo é devido à dificuldade em se seguir os doentes após a 1ª operação. A A. recorreu ao fichário da 1ª Clínica Cirúrgica de Mulheres da Santa Casa (Serviço Ayres Neto), de 1926 a 1942. Nesse período 96 casos de prenhez tubária tinham sido confirmados pela operação e observadas 4 recidivas, dando a porcentagem de 4,16%. Destas, 3 tinham sido operadas no Serviço e 1 em outra clínica. Entretanto, julga necessário excluir da totali-

dade, aquelas doentes que se tornaram estéreis após a operação, não havendo mais a esperança de futura gravidez, daquelas nas quais ao menos teóricamente, tal eventualidade é possível. Assim exclue, desses 96 casos, as seguintes doentes pelas razões que se seguem: 21 sofreram salpingectomias duplas e 2 histerectomias; em 2 uma trompa já havia sido retirada previamente em outras clínicas, sendo que numa delas foi por gravidez tubária e 1 faleceu no post-operatório. Excluindo essas 26 doentes ficam 70 casos de 67 doentes, porquanto 3 voltaram à clínica devido a repetição da gravidez tubária. Portanto a frequência de recidiva observada foi de 4,4%, que aliás está de acordo com a maioria dos autores que se dedicaram ao assunto. Estudando a questão se se deve ou não esterili-



Laboratório de HORMOTERAPIA

Alché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

Hormo-renino *

12 ampolas de 1 c. c.

Sangue da veia renal da cabra, expurgado de proteínas livres anafiláticas adicionado de extratos totais das glândulas supra-renais, dos rins e do fígado.

lizar a mulher quando se opera uma gravidez tubária, conclue que a esterilização não é justificável, levando em conta a pequena frequência da recidiva em relação ao número elevado de prenhezess tôpicas que evoluem normalmente após gestações ectópicas. A esterilização só se justifica para aqueles casos nos quais a outra trompa foi encontrada com lesões antigas e irreparáveis que poderiam ser causas de recidivas. Mostra que o lapso de tempo que transcorre entre uma e outra gravidez tubária é muito variável. As causas da recidiva são as mesmas invocadas para explicar a gravidez tubária; a sintomatologia e o tratamento são comuns tanto à gravidez tubária primitiva como à recidivada.

Estrógenos artificiais sintéticos — DR. DIONÍSIO GONZALEZ TORRES — A extração da estrona em forma cristalina e pura, feita simultaneamente por Doisy e colaboradores e por Butenandt em 1929, significou um grande progresso com respeito à opoterapia, até então o mais importante meio terapêutico para as disfunções sexuais. Em poucos anos consegue-se extrair em forma cristalina várias outras substâncias estrógenas (estriol, estradiol, equilina, hipulina, etc) das mais diversas fontes (ovário, urina de grávidas e de égua prenhe, placenta, etc); estas descobertas permitiram o uso de produtos naturais em forma cristalina, dissolvidos em veículos diversos e com dosagem perfeita no péso (em mg. relacionadas a unidades) evitando-se as primeiras medidas biológicas que tanta confusão trouxeram aos médicos (unidades rato, camondongos, biológicas, clínicas, etc). O inconveniente destes preparados era o preço muito elevado que não permite seu uso nos Ambulatórios e Hospitais a serviço dos pobres. Os investigadores dirigiram suas pesquisas à procura de produtos sintéticos de alto poder estrogênico, cujo preço não fosse tão elevado

e, se possível, ativos per os (outro inconveniente dos estrógenos naturais, que quando ministrados por boca perdem quasi que toda a sua ação) logrando-se preparar alguns estrógenos artificiais sintéticos, dos quais os mais importantes são o Stilbostrol e o Hexestrol, que se mostraram tanto mais ativos que os naturais, são mui ativos per os, têm a mesma ação estrogênica do ponto de vista experimental e clínico e são muito mais baratos; mostraram porém, um inconveniente: podiam ocasionar alguns acidentes tóxicos, felizmente sem inconvenientes sérios como para afastar as possibilidades do seu emprego. O A. trata neste trabalho dos resultados obtidos em 43 mulheres com transtornos ovarianos durante a vida sexual, no climatério e na menopausa, medicadas com Estrogenolo L.P.B. (marca de registro do Hexestrol), quer por boca quer por injeções intramusculares. Os sinais tóxicos observados em 11,9% das pacientes foram leves e desapareceram mudando a via de introdução; o baixo preço do produto e os resultados obtidos de cura e melhora clínica na grande maioria dos casos, tanto por via bucal como intramuscular, justificam o emprego do Estrogenolo nas diferentes disfunções ovarianas.

Contribuição ao estudo anátomo-clínico da acromegalia — DR. ATTILIO FLOSI — O A. inicia o seu trabalho mostrando a importância do conhecimento da histofisiologia da acromegalia, para a interpretação patogênica da moléstia. Apresenta duas observações anátomo-clínicas de acromegalia, documentando o seu trabalho com várias fotografias, radiografias, peças anatômicas e micro-fotografias. No 1º caso o A. encontrou a concomitância de adenoma eosinófilo e câncer da hipofise, discutindo a interpretação entre as duas neoplasias, mostrando a importância dessa rara observação para fundamentar as idéias de Fischer.

HEXOSE — GLICOSE A 50%.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS
EM 4 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. FRANCISCO ANTÔNIO CARDOSO

Valor da punção esternal para o diagnóstico da malária — DRS. U. LEMOS TÔRRES e J. DE PAULA E SILVA — Os AA. estudaram a medula óssea, colhida por punção esternal, de 20 casos de impaludismo e encontraram em todos hemácias parasitadas pelos plasmódios, mesmo naqueles em que os hematozoários não foram encontrados em gota espessa, esfregaço simples e após esplencontratura pela adrenalina. Por isso, concluíram ser a punção esternal um melhor meio de pesquisa dos hematozoários da malária do que o exame em gota espessa e do que o exame após a aplicação da adrenalina.

Além disso, os AA. referiram-se a algumas alterações citológicas da medula óssea e constataram um aumento do número de células pertencentes ao S.R.E., assim como 5 casos de anemia macrocítica hipocrômica, e 1 de associação da malária à anemia perniciosa. Alguns desses casos estavam associados a verminose.

Comentários: — DR. DÁCIO AMARAL: Julga interessante o trabalho. Disse que está habituado a ver casos de malária aguda, dos quais tem examinado concomitantemente o sangue periférico e a medula óssea, sem que o exame desta tenha dado maior percentagem de casos positivos do que o exame do sangue periférico. Os AA., porém, referem ter trabalhado com casos crônicos. Procurará também fazer pesquisas no mesmo sentido.

Dr. Gastão Rosenfeld: Reconheceu antes de tudo a competência dos AA. do trabalho. Entretanto, a maioria dos autores que estudaram o assunto, têm tido resultados negativos e têm se demonstrado

contrários à utilização da pesquisa de hematozoários na medula óssea como meio de diagnóstico. O mielograma, segundo alguns autores, é que pode ter valor como meio indireto de probabilidade de diagnóstico.

Pessoalmente, disse ter tentado esse meio de diagnóstico algumas vezes em casos crônicos e não tem obtido resultados positivos. Fato que tem observado e ao qual dá valor, como meio auxiliar, é o grande número de células macrofagas com pigmento palúdico que aparecem na medula. Por coincidência e como comprovante da sua opinião, teve, há pouco, o caso de um doente que veio do Interior com o diagnóstico clínico de malária e já em tratamento. Suspeitando, entretanto, de uma leishmaniose visceral, fez a punção do baço, que confirmou a hipótese. Passados dois meses, durante os quais o doente passou sem febre, reapareceram acessos febris violentos. Feito o exame do sangue periférico, encontramos *Plasmodium vivax*. Entretanto, lâminas da medula óssea e de duas punções esplenicas anteriores tinham sido negativas para *Plasmodium*; lâminas essas examinadas também por vários AA. de grande competência, devido à raridade do caso.

Dr. Paulo e Silva: Embora reconheça que o número de casos examinados (20) seja pequeno, com esse material o exame da medula óssea se revelou superior ao do sangue periférico para o diagnóstico da malária. Pôs à disposição dos colegas, para exame, o material que serviu de base à comunicação.

Dr. Gastão Rosenfeld: Disse que aceita o oferecimento dos AA.

Dr. F. A. Cardoso: Como presidente, agradeceu aos AA. a valiosa contribuição em que ventilaram um problema de real interesse.

Estudo de uma *Salmonella* derby (isolada em São Paulo) pelo esquema de classificação sorológica de Kauffmann-White

— DR. LUCAS DE ASSUMPTÃO —

Nas duas primeiras partes, foram feitas considerações gerais sobre a estrutura antigênica das salmonellas, acompanhando o desenvolvimento desses estudos até o acordo de que resultou a apresentação do esquema de Kauffmann-White.

Na terceira parte, foram apresentadas algumas técnicas adotadas em trabalhos de classificação sorológica de salmonellas, em que se vê seguir, cada autor, processos diferentes, mas que, praticamente, chegam a resultado satisfatório, embora uns mais perfeitos que outros.

Em seguida, o autor fez o estudo de uma salmonella isolada das fezes de um adulto (V. F.) que apresentava alguns vômitos, diarreia sem sangue, cefaléia, dores abdominais e ligeira febre.

Após um rápido exame dos caracteres morfológicos e bioquímicos julgados suficientes para situar a bactéria isolada no gênero *Salmonella*, foi feito o seu estudo sorológico, que revelou a presença dos fatores somáticos "IV, XII" e dos ciliares "fg" na fase específica. Não foram encontrados fatores na fase inespecífica.

Após diversas provas de aglutinação, de absorção e de absorção mútua, ficou confirmado tratar-se de uma salmonella monofásica, com a fórmula antigena IV, XII: fg; sendo esta a constituição antigênica da *Salmonella derby* de acordo com o esquema de Kauffmann-White, a raça V. F. fica assim identificada.

Na parte final o autor do trabalho apresentou uma ligeira discussão sobre a praticabilidade do método sorológico de determinação de Kauffmann e alguns comentários sobre a identificação que foi feita neste trabalho.

Comentários: Dr. F. A. Cardoso: Como presidente, agradeceu a importante comunicação. O assunto é, sem a mínima dúvida, dos mais complexos da moderna biologia.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 5 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. OSWALDO DE FREITAS JULIÃO

Conceito atual do sistema extra-piramidal (com referências especiais aos sinais de "Rosolino", "M. Bechterew" e "do leque" — PROF. ADERBAL TOLOSA

— O A. iniciou sua conferência relatando a revolução que se processou na Neurologia com os estudos sobre os síndromes extra-piramidais, após a epidemia de encefalite de V. Economo. Assinalou a sistematização dos estudos sobre a motricidade com o advento dos conhecimentos aproveitados na clínica. Depois de fazer um apanhado geral sobre o que se sabe a respeito do sistema extra-piramidal, lembrou que a anatomia, a fisiologia experimental e a própria clínica

estão a exigir um conceito mais amplo e uma sistematização mais completa daquele sistema. Fez referências a trabalhos de anatomia, especialmente japoneses, e de fisiologia, especialmente da escola americana, mostrando fatos clínicos que tornam insuficiente o conceito atual. É assim que, pelos modernos trabalhos a esse respeito, cresce de importância o valor do contingente cortical do sistema extra-piramidal, destacando-se a função motora de áreas corticais como a área 6 ou pré-motora. São hoje bem conhecidos os resultados da destruição ou da exaltação dessas áreas, integrando os síndromes motores extra-piramidais. Na parte

clínica do seu trabalho, referiu-se à observação que está realizando, da qual conclue o erro que se vem fazendo em considerar como sinais piramidais os de "Rossolino", "M. Bechterew" e "do leque". Tais observações estão sendo reunidas para posterior publicação. Tal fato está, aliás, de acordo com as modernas concepções fisiológicas. Terminou acentuando que se deve reservar importante lugar para os síndromes extra-corticais e que se deve corrigir o conceito sobre a significação dos sinais de "Rossolino", "M. Bechterew" e "do le-

que", que são, indiscutivelmente, indicadores da lesão extra-piramidal.

Comentários: Dr. Oswaldo de Freitas Julião: Agradeceu ao prof. Tolosa a magnífica conferência que acabava de realizar, pois ela foi cheia de ensinamentos, tanto sob o ponto de vista anatômico, fisiológico e clínico, como ainda particularmente instrutiva na interpretação dos sinais. Espera que continue a trazer à Casa os resultados de suas magníficas observações e experiências.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 18 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. ANTÔNIO PRUDENTE

Mioplastia em perda de substância da bochecha por noma — PROF. DR. ANTÔNIO PRUDENTE — O A. fez a apresentação à Casa de um doente, ainda menino, operado de noma, operação esta que,

consistiu em uma mioplastia para restauração dos tecidos da bochecha. A operação decorreu muito bem e o paciente se apresenta em ótimas condições, tudo indicando que os resultados finais serão os melhores possíveis.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA EM 22 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. HUMBERTO CERRUTI

Esporotricose disseminada do tipo mixto — DR. HUMBERTO CERRUTI — O A. apresentou à Casa um caso de esporotricose do tipo mixto, exibindo o doente, que apresenta uma série de nódulos disseminados por todo o corpo, desde os membros inferiores até os superiores. Alguns nódulos são ulcerados, outros não, estando estes localizados no ante-braço. O doente se apresentou com queixas das lesões cutâneas e dores esparsas. A cerca de 2 meses apareceu-lhe um ferimento seguido de edema do pé esquerdo e a 15 dias surgiram-lhe manifestações nodulares e dolorosas por todo o corpo, tendo alguns elementos supurado. A cultura em meio de Sabouraud deu positiva nas 4 punções realizadas (foram exibidos 4 tubos de cultura).

Hemocultura, exame de urina e fêzes e também soro-aglutinação de Vidal, foram todos negativos. O doente apresentava ainda uma ligeira eosinofilia, o que está de acordo com todos os autores. Lembrou ainda o A. que esta é a segunda vez que apresenta à Casa um caso de esporotricose de forma disseminada, quando a mais comum é a localizada. Este fato parece que é devido à quebra de resistência individual, o que facilita a disseminação por via hemática. Entretanto, desta vez, o exame de sangue foi negativo.

Comentários: Prof. Aguiar Pupo: Felicitou o A. pela forma brilhante com que apresentou o seu trabalho. O caso anterior, referido pelo dr. Humberto Cerruti, é um caso que

merecia ser publicado do mesmo modo que o presente, pois seria interessante um confronto entre eles. A disseminação hematogênica do parasita de lesões complementares faz com que o processo tome o aspecto de papiloma intensamente corneificado de forma verrucosa generalizada. A forma disseminada de esporotricose é rara entre nós, ao contrário das localizadas que aparecem quasi todos os dias no Serviço. Recordo-me de um caso do Serviço do Prof. Lindenberg que foi estudado pelo Dr. José Maria Gomes acêrca de 20 anos atrás. Era uma menina com uma esporotricose disseminada por via hematogênica, apresentando nódulos. Foi isolado desta lesão um germen que foi denominado, naquela época, "sporotricum Schenki". No tempo em que fui adjunto da Santa Casa, como encarregado das consultas, tive oportunidade de observar grande número de casos, e destes, 43 foram apresentados ao Congresso Médico Paulista. Entre estes casos um era mais interessante, pois tratava-se de esporotricose sistematizada linfática regional com manifestações na perna e no braço. Neste caso houve auto-inoculação, porque a menina coçava as feridas e assim passou a apresentar lesões na mão; tratava-se, pois, de um caso de dupla localização.

Dr. Humberto Cerruti: Agradeceu as palavras do Prof. Pupo e prometeu para muito breve a publicação dos casos referidos.

Violeta de genciana no tratamento das tinhas (Nota prévia)

— DR. AURÉLIO ANCONA LOPES — O A. se refere a algumas observações que está realizando sobre o uso da violeta de genciana no tratamento das tinhas. Atualmente, tem 10 menores em tratamento. Não tem ainda dados completos porque não houve tempo suficiente para isso. Entretanto, segundo pôde observar, o efeito parece que é rápido e eficiente. Alguns casos foram curados em média dentro de 10 dias, enquanto todos os outros ainda não curados estão em franca melhora. Pretende também rea-

lizar exames de controle para a verificação da cura definitiva destes casos.

Comentários: Dr. Humberto Cerruti: Como presidente da mesa agradeceu a comunicação, esperando que o A. traga, dentro em breve, os seus resultados definitivos.

A "Aloe vera" (babosa) no tratamento de certas afecções pre-cancerosas da pele (Nota prévia) — DRS. M. O. ROXO e FERNANDO ALAYON — Os AA., usando a "aloe sacotina" por ser mais comum em nosso meio, tiveram em suas experiências confirmados os dados dos AA. americanos, que consideram de grande efeito o uso da seiva da babosa, no tratamento de indivíduos que sofreram processo terapêutico para tratamento de carcinomas da pele, principalmente em indivíduos idosos. Com este tratamento as lesões regrediram muito, principalmente nos casos de dermites provocados pelo tratamento com radiações e processo quimioterápico. A seguir, o autor passa a descrever 3 casos em que obteve grande sucesso com este tratamento, apresentando o doente a que se refere numa das observações. Atualmente os AA. estão procurando descobrir o mecanismo desta ação.

Comentários: Prof. Mario Artom: Achou o trabalho muito interessante. Na Europa é usada uma outra planta que tem a mesma ação farmacodinâmica e o seu princípio ativo parece ser o ácido málico. Fez a citação de uma grande bibliografia a respeito.

Dr. Fernando Alayon: Agradeceu os comentários do Prof. Artom. Já tinha conhecimento de que qualquer coisa neste sentido havia sido feita por outros autores. Agradeceu a indicação da bibliografia a respeito.

A contacto-radioterapia em dermatologia — DR. M. O. ROXO NOBRE — Vem cumprir uma velha promessa que há muito havia feito à Secção, de trazer algumas novi-

dades a este respeito quando pela 1ª vez tratou do mesmo assunto. A contacto-radioterapia é um recurso técnico que faz com que os raios X atuem como o radium. Para isso, as doses de irradiação são de tal maneira elevadas que os tecidos não devem sofrer nenhum dano permanente, nem rádio dermites graves em virtude do controle que se tem dos raios, graduando a sua ação tanto em superfície como em profundidade.

Atualmente, temos com os raios X os mesmos recursos que tínhamos em 1928 com o rádio. A seguir, o A. fez a projeção de um filme científico do processo, filme este confeccionado por Chaoul, que que é o criador da contacto-terapia. Concluindo, o A. afirma que a radioterapia de contacto abriu um campo novo que é a possibilidade terapêutica dos tumores cutâneos e neoplasmas que oferecem acesso, sem risco de comprometimentos dos tecidos sãos. Pode-se mesmo fazer uma seleção, que é a seleção biológica dos tecidos a serem destruídos. Assim sendo, o campo da irradiação deve, o quanto possível, ser limitado no processo maligno ao tecido suspeito circunvizinho. Não se devem usar grandes doses em tempo curto, mas sim usar doses diárias e pequenas. A seguir, o A. passou a mostrar alguns casos que teve ocasião de tratar por este processo, desde 1937 para cá, e cujos resultados finais compensam perfeitamente a iniciativa de se experimentar esta nova terapêutica.

Comentários: Dr. Pagliuchi: O trabalho apresentado pelo dr. Roxo Nobre nos convence inteiramente das vantagens deste novo processo terapêutico. Por outro lado, ele nos deixa a impressão de que a técnica de sua aplicação é muito simples e extremamente fácil. Mas isto se deve exclusivamente à modestia do seu autor e não é qualquer pessoa que pode obter os mesmos resultados brilhantes, pois o feixe radiante é de grande intensidade; trata-se de uma radioterapia cáustica. Em segundo lugar,

o volume irradiado é muito imperfeitamente delimitado, porque não há o halo de irradiação secundária dos feixes de irradiação habituais. Por estes motivos, há necessidade que se faça uma localização bastante perfeita e se calcule exatamente a extensão da lesão a ser tratada, porque pode haver o risco de se deixar no campo um tecido são e também o de se deixar fora do campo um tecido que deve ser destruído. Desta maneira, os belos resultados obtidos pelo dr. Roxo Nobre são decorrentes de sua técnica bastante aprimorada, da qual, aliás, ele não faz menção.

Dr. João Paulo Vieira: Falou sobre a maior ou menor sensibilidade dos doentes submetidos a este tratamento. Muitas vezes o processo se cura mas mais tarde o doente tem necessidade de procurar um especialista de plástica. É também interessante o estudo das irradiações feitas perto do globo ocular que têm o perigo de propagação. Assim sendo, no tratamento destes casos deve também intervir sempre um especialista de olhos. Quanto às lesões da língua segundo as estatísticas de pouco tempo, tanto radiologistas como dermatologistas preferem a sua extirpação. Os mélanos-carcinomas só são curáveis por este processo quando tratados por seu intermédio desde o princípio. A questão da dosagem também é muito importante e é neste ponto que a rádio-contacto-terapia leva grande vantagem sobre o uso do rádio. Quanto aos casos de verruga plantar, é um sério problema para o dermatologista e só a radioterapia é capaz de resolvê-lo, mas a dosagem atinvida é muito elevada. Quanto à radioterapia subpenetrante que já se faz a algum tempo em São Paulo e no Rio, os resultados são tanto mais brilhantes quanto menos filtros se usam. Terminou felicitando o autor pelo seu brilhante trabalho.

Dr. Humberto Cerruti: Agradeceu a comunicação do dr. M. O. Roxo Nobre, a qual considera de grande valor para todos os especialistas.

Dr. Roxo Nobre: Agradeceu a atenção dos colegas em torno do seu trabalho. Ao dr. Pagliuchi agradeceu o fato de ter chamado a atenção para a questão bastante importante da seleção dos campos. Parece que a contacto-radioterapia feita em lesões que se afastam dos campos de irradiação e em uma profundidade tal que não se tenha segurança da dosagem, é inoportuna. Em Buenos Aires teve ocasião de visitar 2 serviços a respeito e viu carcinomas da laringe serem irradiados por via transcútânea, o que considera uma técnica ex-tranha.

Também ao dr. João Paulo Vieira agradeceu os comentários. Não se referiu à questão da irradiação da pálpebra porque a considera fora do tema que se propôs desenvolver, mas tem irradiado neoplasias da córnea com o tubo de Chaoul com bons resultados. Quanto aos melanomas malignos a questão é interessante, pois neste caso nem mesmo a cauterização tem permitido assegurar um resultado satisfatório. Terminou agradecendo a generosidade das palavras usadas por todos os comentadores.

Pênfigo e síndrome de Senear-Usher — DR. JOÃO PAULO VIEIRA — O autor apresenta um relato de casos de formas frustas de Pênfigo Tropical que pôde observar dentro o grande número de casos observados no Serviço de Pênfigo Foliáceo, que dirige em São Paulo. Estas formas já foram

objeto de uma comunicação do autor à Secção de Dermatologia da Associação Paulista de Medicina. Na presente comunicação, o A. procurou, com a grande documentação que apresenta, ligar esta forma ao síndrome de Senear-Usher, fazendo um estudo e revisão de todos os casos apresentados por aqueles autores americanos. Em 450 casos estudados de Pênfigo Foliáceo, pôde o A. catalogar 40 de formas frustas com todos os caracteres clínicos de síndrome de Senear-Usher. Fazendo uma revisão dos casos apresentados pelos autores americanos, acredita o autor que os verdadeiros casos de síndrome de Senear-Usher, exceto nos casos em que há confusão com dermatose seborreica, Dermite de Duhring e Psoríase, devem os mesmos ser filiados aos casos de Pênfigo Foliáceo. Os cortes histopatológicos de formas frustas são bem característicos, isto é, nos mesmos encontram-se sempre acantolise, descolamentos epidérmicos, dilatação dos vasos do córion, acantose papilomatose com paraqueratose. Ressaltou a grande migração de pigmentos que invadem sempre o córion papilar e em certos casos as partes superiores do corpo mucoso de Malpighi.

Comentários: Dr. Humberto Cerutti: Agradeceu a comunicação, observando que é a primeira vez que se apresenta à Casa um trabalho a respeito do síndrome de Senear-Usher.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. PEDRO REFINETTI

Necessidade do diagnóstico precoce da invaginação intestinal — DR. AURO AMORIM — Disse o autor que a invaginação intestinal tem sido estudada em nosso meio, mas principalmente no estrangeiro. O sucesso operatório depende não só da pericia do cirurgião especializado, mas principalmente do diagnóstico precoce. Este é feito principalmente pelo pediatra e pelo prático geral, que são

os primeiros a examinar a criança. O A. focaliza, neste trabalho, a necessidade imperiosa do diagnóstico precoce e os meios de conduzi-lo. Chamou a atenção sobre a responsabilidade do médico que deixa de estabelecer o diagnóstico e indicar o tratamento em tempo útil. Estuda sucessivamente os sintomas e os sinais detidamente, frisando aqueles que por si só podem conduzir ao diagnóstico. Assim

passou em revista a dor, com os seus caracteres e o cortejo que a acompanha, vômitos, sinal "de madeira", enterorragia, oclusão, diarreia, fácies, etc. Em seguida, analisou os dados que a palpação abdominal e o toque retal fornecem, que reputa elementos de certeza do diagnóstico. Pela palpação abdominal, pesquisa-se o tumor (chouriço) em suas várias localizações e os caracteres da parede abdominal assim como o sinal de Dance (vazio da fossa ilíaca direita devido à ausência do cecum). Pelo toque retal, que reputa exame indispensável, verifica-se a presença de sangue e de tumor. Estudou os elementos de diagnóstico chamando a atenção para o exame radiológico com o enteroclisma baritado. Finalizando, estudou o diagnóstico diferencial com a gastro-enterite e a entero-colite aguda, hemofilia, púrpura, úlcera do divertículo de Meckel, apendicite aguda, parasitoses intestinais e polipos do reto.

Comentários: Dr. Pedro Badra: Embora o dr. Amorim não tenha trazido à Casa nenhuma novidade, o seu trabalho se reveste de importância, porque foi ditado pela grande experiência do seu autor. Os conceitos nele emitidos serão, naturalmente, divulgados por meio da publicação na Revista Paulista de Medicina e vão recordar aos pediatras e aos clínicos em geral muita coisa importante que poderá estar esquecida. Tem valor não só o trabalho, cheio das últimas novidades, como principalmente aquele baseado em grande experiência, como é o caso. Felicitamos o seu A. pela sua contribuição.

Dr. Alberto Nupierl: O dr. Amorim tornou-se merecedor de nossas felicitações, por ter focalizado um trabalho de grande atualidade. A invaginação intestinal na criança é, evidentemente, uma entidade nosológica que exige, de fato, um diagnóstico precoce, como o assinalou o A., pois é disto que depende a salvação da criança. Nestes últimos dois meses, tive ocasião de entrar em contacto com duas entida-

des nosológicas, que exigiram um certo espírito de análise de nossa parte, para ser afastado o diagnóstico de invaginação intestinal, como era fácil de confundir. O primeiro caso é o de uma criança que frequentou o Serviço de Pediatria do Hospital Municipal. O menino apareceu na clínica com dor no abdômem, demonstrando em seu fácies um profundo sofrimento, com períodos de sudorese abundante. A dor estava localizada no hipocôndrio direito; pulso instável; hipotermia; síndrome peritoneal. O exame do hipocôndrio direito revelou a existência, af, de uma massa dura, semelhante a um tumor. A criança foi hospitalizada; prescrevemos um espasmolítico, que deu melhoras rápidas cerca de 3 horas depois. A massa tumoral desapareceu e o fácies da criança voltou ao normal. Este caso deu-nos duas hipóteses para a sua explicação: ou uma desinvaginação espontânea ou um espasmo do cólon. Mas, como se poderia ter dado este espasmo? Isto talvez possa ser explicado pelo fato de o menino ter apresentado um síndrome disentérico capaz de provocar uma hiperexcitação do cólon. O segundo caso é o de um menino de 4 anos que apresentava uma dor abdominal, no mesmo local que o do caso anterior. Tinha apresentado pouco antes uma crise muco-sanguinolenta. O seu estado não era, entretanto, muito alarmante. O tumor localizado no lado direito era fixo e bem duro. Fizemos uma injeção de um espasmolítico, mas algumas horas depois ele começou a apresentar calafrios e temperatura oscilante e verificamos então tratar-se de um abscesso da parede, que foi logo operado.

Dr. Auro Amorim: Agradeceu ao dr. Badra as palavras amigas e gentis. A divulgação em torno do diagnóstico precoce da invaginação intestinal devia ser muito maior tanto entre os médicos especialmente pediatras como também entre os leigos, como já acontece com os casos de apendicite. Devia ser feita uma campanha junto às mães, para que elas fiquem

conhecendo os sintomas desta afecção, facilitando o trabalho do médico. Quanto ao dr. Nupieri, as suas observações foram bastante interessantes; no entanto, o diagnóstico dos seus casos podia ser facilmente esclarecido com o auxílio dos raios X, que o dr. Nupieri tem à sua disposição no hospital onde trabalha. Este exame esclareceria rapidamente o diagnóstico mesmo porque a imagem radiológica da invaginação intestinal é típica e não é possível sua confusão com a imagem de qualquer outra afecção. Quanto ao uso de anti-espasmódicos acha que o seu emprego, assim como o de analgésicos e entorpecentes, nos casos de abdômem agudo, só têm indicação depois que se chegue a um diagnóstico exato ou mesmo de pre-

sunção, afim de não mascarar o quadro clínico.

Dr. Alberto Nupieri: Infelizmente por um defeito no aparelho de raios X do Hospital Municipal, não pudemos tirar radiografias destes casos, exames estes que esclareceriam o diagnóstico.

Dr. Pedro Refinite: Agradeceu em nome da mesa, ao dr. Amorim a apresentação do seu trabalho, pedindo que continue contribuindo com trabalhos tão interessantes, de ligação entre a Pediatria e a Cirurgia. Citou também dois casos que teve ocasião de observar, na Clínica Infantil do Ipiranga, sendo que em um o diagnóstico foi bastante precoce, enquanto que o segundo, em que apareceu já muito tardiamente, a criança faleceu. Isto vem demonstrar a importância do diagnóstico precoce.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLASTICA EM 17 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. GABRIEL PÔRTO

Cirurgia plástica das cavidades retro-auriculares, post-operatórias — DR. J. REBELO NETO

— O estudo do A. referiu-se às cavidades antigas, especialmente às de grande porte. Divide-as em cegas e comunicantes, conforme estão ou não em comunicação com o conduto auditivo. Passou em revista as diversas técnicas destinadas a eliminá-las, estabelecendo as regras gerais que presidem o tratamento. Para as cavidades cegas, aconselha dois métodos: depois de eliminar, por avivamento, o tecido cicatricial que as forra, enche-as completamente por meio de transplante livre, autógeno de aponevrose fásia-lata em finas tiras de tecido adiposo ou então um retalho pediculado, da vizinhança, formado de tecido fibro-adiposo. A pele é, finalmente, aproximada por cima, após descolamento marginal. Para as cavidades comunicantes, deve-se constituir um teto, com epitélio dos dois lados. Prefere aqui fazer o fôrrô com o tecido cicatricial da região circunjacente,

cuidadosamente descolado e mantido pediculado. A sutura é feita de modo especial, com pontos transfixantes colocados à distância e que, atados depois de terminada a sutura, evitam espaços mortos e pontos perdidos. Apresenta 10 observações, em grande parte acompanhadas de fotografias e referentes aos dois tipos de cavidades estudadas.

Comentários: Dr. Roberto Oliva: Após felicitar o A. do trabalho, disse que ele não precisou bem a questão de classificação das fistulas, o que aliás é muito importante. Assim sendo, propôs que o dr. Rebelo Neto especifique melhor a questão da origem das fistulas que foram por ele tratadas, porque nem todas elas se curam com a mesma facilidade. A divisão clássica divide as fistulas em post-radical e post-antrotomia simples.

Dr. Rebelo Neto: Respondendo ao dr. Oliva, frisa que em seu trabalho não se referiu a fistulas, mas sim a cavidades, que foram muito di-

das unicamente sob o ponto de vista irúrgico em dois tipos, pois, cada um deles justifica uma orientação cirúrgica absolutamente diversa.

Dr. Gabriel Pôrto: Como presidente da mesa, agradeceu a comunicação do dr. Rebelo Neto.

Tumor do ângulo ponto-cerebelar. A propósito de um caso operado. Apresentação do doente — DRS. CARLOS GAMA e BRANCO LEFÉVRE — Preliminarmente, o dr. Carlos Gama fez breves considerações sobre o modo de firmar o diagnóstico de um tumor do ângulo ponto-cerebelar. Dados nevralgícos, neuro-oto-rino-laringológicos, liquóricos, oftalmológicos e radiológicos, dispensando-se os processos neuro-cirúrgicos de objetivação por serem muito expressivos os demais, particularmente os fornecidos pelos exames da especialidade dos sócios desta Secção (Otorino). Para demonstrar a orientação seguida no Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina (cátedra do prof. Aderbal Tolosa), pedia permissão para o dr. Antônio Branco Lefèvre ocupar a tribuna e descrever a sua observação do caso clínico em aprêço. O dr. Lefèvre leu minuciosa história e exames clínicos complementares, dando os elementos para o exato diagnóstico. Voltando à tribuna, o dr. Carlos Gama salienta os pontos cruciais da observação e projetou um dispositivo da pirâmide do rochedo em posição de Stenvers, que demonstrava o enorme alongamento do "porus acusticus" interno, produzido pelo tumor. Tratou, em seguida, da técnica empregada (método de Martel), salientando as vantagens em comparação com as outras e foi "pari passu" demonstrando, com desenhos coloridos, alguns tempos operatórios. Justificou a conduta empregada no caso, de fazer a extração intra-capsular do tumor, portanto sub-total, como preceituava Cushing. Nos casos de pequenas neoplasias, ainda recentes e sem grande sofrimento do tecido nervoso, deve-se proceder, se possível, à retirada integral e extra-capsular. Ao contrário, nos casos antigos de grandes tumores

com sofrimento do tecido nervoso não se justifica senão a retirada sub-total intracapsular, em pequenas proporções, pois isso se faz com menor traumatismo. Foi o que se fez no caso em aprêço. Com a retirada total podia haver cura integral, mas com a retirada parcial as recidivas são inevitáveis e as curas são parciais, "sub judice" dados os distúrbios definitivos produzidos. Apresentando o paciente, os autores demonstram ao mesmo tempo: 1º) a sobrevivência à retirada dum tumor de grande tamanho (ovo de galinha) do ângulo ponto-cerebelar; 2º) a regressão de vários sintomas; 3º) a persistência de outros. Fazem um apêlo aos especialistas de oto-rino-laringologia para que, examinando meticolosamente seus casos, descubram os tumores intra-cranianos que se revelam por alterações no domínio de suas especialidades logo no início, quando pequenos e operáveis, com possibilidades de cura completa e radical. Para tanto, torna-se necessário que se generalize a prática das pesquisas neuro-oto-rino-laringológicas, tão extenuantes, mas indispensáveis. Com a vulgarização da neuro-cirurgia pelos seus sucessos, que se multiplicam, vamos progressivamente exigindo mais dos especialistas que procedem exames subsidiários neuro-cirúrgicos. Aqui, na oto-rino, vai passar-se o mesmo que com a oftalmologia. Não se justificavam exames perimétricos e campimétricos meticolosos com variadas miras, côres e distâncias enquanto os diagnósticos daí decorrentes eram estéreis; no entanto, agora que os doentes se operam, esses exames são exigidos cada vez mais, e mais cuidadosos, para surpreender lesões nos seus primórdios. Com a oto-rino, as pesquisas do VIII par, quer no componente coclear quer no vestibular, até há bem pouco, não compensavam o esforço dispendido pelo especialista, porque o caso iria seguir a sua inexorável evolução e caminhando para um descalabro anatómico se revelaria mais tarde riquíssimo em sinais grosseiros ao menos sagás examinador. Agora, ao contrário, que

temos interesse em extirpar o tumor antes que ele, pelo seu crescimento, ultrapasse o limite verdadeiramente oportuno da cirurgia, os exames mais finos de que é capaz a oto-rino-laringologia se valorizam apreciavelmente. Com o encanto de fazer um diagnóstico precoce, o especialista vencerá a fadiga e a massada desse mesmo exame e contribuirá efetivamente para a solução de numerosos casos.

Comentários Dr. Mário Otoni: Ouví, com muita atenção, a brilhante exposição do presente trabalho, tanto na sua parte clínica, exposta pelo dr. Lefèvre, como na parte cirúrgica, da qual se encarregou o dr. Carlos Gama. Este trabalho veio, ainda uma vez mais, demonstrar a necessidade de uma relação mais íntima entre os oto-rino-laringologistas e os neuro-cirurgiões. Até ao início da escola do prof. Vampré, em São Paulo, a oto-neurologia era considerada como uma coisa de somenos no que se refere aos tumores do cérebro. Mas a inteligência lúcida deste professor veio excitar o entusiasmo dos oto-neurologistas, para que aumentassem os seus conhecimentos nesta parte magnífica da nossa especialidade e de associar melhor os dados que podem ser obtidos, para que se possa melhorar o diagnóstico, sobretudo a localização dos tumores. Daí para cá, ficou perfeitamente demonstrado que grande número dos tumores não podem, senão deficientemente, ser diagnosticados sem o auxílio do especialista oto-neurológico, pelo menos no que diz respeito aos tumores endocranianos da fossa posterior. O trabalho do dr. Gama confirma estas nossas asserções, que, aliás, já foram repetidas numerosas vezes. Todos os pares cranianos, com raras exceções, transitam pelo território dos oto-rino-laringologistas, de modo que estes têm grande responsabilidade no ponto de vista referido. Frisou muito bem o dr. Gama que "os tumores da fossa posterior são os que estão mais próximos do campo dos oto-rino-laringologistas". De fato, isto é uma grande verdade. Mas já tive ocasião de demonstrar,

em um memorial apresentado ao Congresso Brasileiro de Oto-rino-laringologia, que não é só nas afecções da fossa posterior que o oto-rino-laringologista pode auxiliar o neuro-cirurgião, mas também nos tumores colocados mais alto, quando com o nosso auxílio os tumores podem ser ainda melhor localizados. Portanto, fica mais uma vez demonstrada a necessidade de uma cooperação mais íntima entre as duas especialidades. Nós, em nosso serviço, trabalhamos ao lado de grandes amigos e mestres da neurologia, que muito nos têm entusiasmado nesta questão.

Um outro ponto, para o qual o dr. Gama chamou a atenção, e que de fato é digno de grande consideração, é a questão do diagnóstico precoce. Quanto mais cedo for evidenciado o tumor ponto-cerebelar, tanto maior será a possibilidade de um êxito cirúrgico. O mesmo se pode dizer de todos os tumores da fossa posterior. Quanto mais tardio o diagnóstico, mais grave a lesão e mais difícil a cura. Assim, por exemplo, se um tumor desta região se desenvolver de modo respeitável, de modo a comprometer o nervo acústico em suas duas secções, é óbvio que o doente ficará para sempre surdo e que o seu equilíbrio não se restabelecerá com facilidade. Além disso, quando o tumor já atingiu um tamanho muito grande, não poderá mais ser retirado completamente. Daí a necessidade de se tomar mais cuidado quando se examina um doente de ouvido, e não fazer apenas um exame ligeiro e fácil, como é comum. Sobre tudo a parte acústica deve ser examinada rigorosamente. Há pouco tempo, foi demonstrada a importância enorme que tem o labirinto anterior nos exames neurológicos do ouvido, o que aliás, frisamos no Primeiro Congresso Brasileiro de Oto-rino-laringologia. Nossos conhecimentos a respeito eram, então, muito reduzidos, a ponto de sermos forçados a recusar o tema que nos fôra distribuído pelo 1º Congresso Sul-Americano, substituindo-o pelo tema sobre Blastomicoses, brilhantemente defendido por um nosso

ilustre colega. Atualmente, em que os americanos se têm dedicado com tanto afincio ao estudo do labirinto anterior, novos conhecimentos já se infiltraram no meio científico de São Paulo e hoje já se conhece muito mais sobre este assunto, do que se conhecia até há bem pouco. Os exames agora feitos são muito mais perfeitos do que eram há dois ou três anos atrás. A parte acústica já é tratada com muito mais gosto e com muito mais entusiasmo do que o era anteriormente. Nós sabemos, perfeitamente, que nos tumores ângulo-ponto-cerebelares, a parte acústica pode dar um diagnóstico muito antes da parte vestibular, mas para isso o doente deve ser muito bem estudado. Devemos sempre nos lembrar, que nem todos os doentes que nos procuram, são doentes de catarro das trompas e se assim se nos afigura, é porque não realizamos, com cuidado, os exames pelos diapasões e pelo audímetro. Em meu serviço tenho uma quantidade enorme de diapasões, que podem ser usados facilmente para se fazer os mais delicados e completos exames da parte acústica, mas deles só uma coleção é que trabalha, e assim mesmo, empregada com muita má vontade. Esta situação não pode continuar; os especialistas em oto-rino-laringologia têm que ser especialistas de fato, sobretudo os moços, a quem neste momento particularmente me refiro. O ouvido é bastante interessante, mas exige de nós uma grande capacidade de trabalho; é uma parte delicada, fina, que trata das funções mais sutis do labirinto tanto anterior como posterior. Quando fazemos um diagnóstico em tal porção, ele nos traz satisfação, porque quem o consegue fazer, demonstra que tem conhecimentos muito superiores do que aqueles que não o conseguem. Esta questão é tão importante que nos Estados Unidos, o curso de aperfeiçoamento para médico é um curso de 3 a 4 anos, onde nos dois primeiros o aluno não faz nada em doentes, e só nos seguintes é que o aprendizado começa de fato. É por isto que apelo, mais uma vez, a todos os especialistas, parti-

cularmente aos moços, para que dissequem anatomicamente as regiões do ouvido, depois estudem profundamente a fisiologia das suas partes constituintes, para, finalmente, estudar a patologia das mesmas com todo o carinho. Após isto, tudo se torna muito fácil. Talvez eu tenha sido um pouco exagerado nas minhas palavras, mas quero, com elas, apenas criar um ambiente de maior entusiasmo em torno de tão importante questão.

Dr. José Eugênio Rezende Barboza: Cumprimentou, antes de mais nada, ao dr. Gama e seus dignos assistentes pela brilhante exposição. Ao mesmo tempo, disse se sentir grandemente satisfeito por estar diante de um dos mais ilustres rebentos da escola do prof. Vampré, de quem, aliás, também se orgulha de ter sido um dos discípulos. Ainda mais, verdade seja dita, foi o prof. Vampré, essa figura saudosa e única, por todos nós sempre lembrada, o verdadeiro fundador da oto-neurologia em São Paulo. O trabalho ora em discussão veio colocar em foco essa questão tão ardorosamente defendida pelo dr. Mário Otoni, isto é, a necessidade indiscutível da simbiose oto-neurológica. Se o caso presente, apresentado pelo dr. Gama, não apresentou cura completa, a culpa não cabe ao neuro-cirurgião, mas, sim à gravidade do caso. E aqui se tocam as duas especialidades. O êxito cirúrgico de uma reside na precocidade de diagnóstico que se encontra em mãos de outra. É verdade que os neurologistas têm numerosos recursos para diagnosticar os tumores do acústico ou do ângulo-ponto, mas é verdade, também, que nessas condições seja necessário que outros sintomas apareçam, principalmente aqueles sintomas que indicam compressão ou irritação das estruturas nervosas regionais tais como o bulbo e cerebello. Quem mais probabilidades possui de fazer o diagnóstico precoce destes tumores são, sem dúvida alguma, os otologistas. Em nossas mãos está a chave do sucesso cirúrgico das neoplasias do acústico, pois como bem

disse o dr. Mário Otoni, é na função coclear que residem as possibilidades de um diagnóstico precoce. Se o tumor é primitivo do acústico e principalmente se ele se inicia nas fibras mais internas do nervo, o sintoma "zoada" adquire um valor capital, mas nessa fase, também, devemos confessar, seu diagnóstico diferencial é muito difícil. Quando, primitivamente, as fibras mais internas do nervo são as interessadas, então outros sintomas regionais acodem ao quadro mórbido e numa fase bem precoce. Os sintomas vestibulares são de um valor por demais conhecido. Entretanto, sempre é interessante lembrar o valor da direção do nistagno espontâneo na indicação da intervenção cirúrgica. Como querem os alunos do prof. Barré, o batimento do nistagno para o lado lesado indica sempre um maior comprometimento do eixo encéfalo, como, também, que o caso é mau, cirurgicamente falando. De uma maneira geral, devemos frisar, somos um tanto pessimistas quanto ao valor de formas clássicas de sintomas para as neoplasias do acústico e do ângulo-ponto. Cada caso favorece de uma maneira e raramente todos os sintomas clássicos regionais são exteriorizados. O otologista necessita de balancear tanto os sintomas espontâneos quanto os provocados pelas provas instrumentais e delas tirar o que de útil servirá ao neurologista. Muitas vezes encontramos em grandes dificuldades diagnósticas para a simples diferenciação, dentro de uma grande riqueza de sintomas, entre uma lesão periférica e uma lesão central. Nesses casos, estamos certos, na simples indicação de que se trata de uma lesão central fornecemos um verdadeiro trunfo ao neurologista. Outras vezes, mais felizes, na apreciação da forma de um nistagno espontâneo ou de sua resposta instrumental perversa, ou inversa, ao lado de outros sintomas localizadores para o lado do neuro-eixo e que podem ser facilmente aquilutados por simples oto-neurologista, conseguimos indicar, ao neuro-cirurgião, com certeza, o andar

ou a fossa a se intervir. Para terminar, desejamos frisar que com prestar uma homenagem à brilhantes considerações pretendemos prestar uma homenagem à brilhante capacidade do dr. Gama e protestar contra a sua bondade de nos citar em sua observação, pela nossa simples contribuição ao exame oto-rino-laringo-neurológico do caso apresentado.

Dr. Paulo Sais: Felicitou o dr. Gama pelo brilhante resultado obtido com a sua operação. Uma questão que foi debatida bastante na sessão de hoje, isto é, a do diagnóstico precoce, é de fato muito importante, e o trabalho do dr. Gama tem entre todas as suas virtudes a de ser um estímulo ao diagnóstico precoce. Tive já ocasião de acompanhar, há tempo, dois casos em que foi feito perfeitamente o diagnóstico precoce, mas que em virtude da insuficiência da cirurgia da época, não sofreram intervenção e tiveram, como era de se esperar, um êxito letal. Um destes casos era de moléstia de Recklinghausen ou neuro-fibromatose generalizada, com localização no ângulo ponto-cerebelar. O seu diagnóstico foi feito mais ou menos precocemente e a autópsia o comprovou.

Dr. Francisco Hartung: A primeira impressão que prevaleceu durante a exposição do dr. Gama foi o brilho, como era de se esperar, e depois a sinceridade. Assim sendo, só posso secundar o elogio dos colegas que me precederam. Também estou de acordo que deve ser ouvido o seu apelo para que se procure fazer mais precocemente o diagnóstico de tumores da fossa posterior, pois este é o único meio de tornar possível a cirurgia da região. Não acredito, entretanto, que, se até agora isto não foi feito, se possa culpar os oto-rino-laringologistas de displicência. A probabilidade de erro nestas questões é bastante grande. Devido ao desenvolvimento espontâneo e à tendência cada vez maior para a medicina se especializar em todos os sentidos, esta questão torna-se particularmente difícil, e os mais brilhantes otologistas podem deixar

passar em "branca nuvem" um tumor cerebelar ou da fossa média. Até certo ponto, tem razão o dr. Mário Otoni em suas asserções, mas elas são exageradas, porque em muitos casos como nos grandes serviços, em que o médico é obrigado a fazer uma série enorme de exames otológicos em tempo relativamente curto, é quasi impossível que se entre em minutos de exame e assim muitos casos podem passar despercebidos. Este exame, assim minucioso, pode e deve ser feito sempre quando um outro elemento nos chamar a atenção e exigir que exploremos a região com mais minúcias.

Dr. Gabriel Pôrto: Na sua bem cuidada comunicação, o dr. Carlos Gama assinalou a importância capital do diagnóstico precoce dos tumores do acústico e a grande responsabilidade que recai sobre o otologista em tais casos. A ordem cronológica em que se manifestam os sintomas tem, de acordo com os trabalhos de Cushing, importância primordial. Entretanto, para se firmar o diagnóstico de tumor do ângulo ponto-cerebelar não basta o resultado do exame otológico. É necessário, como foi realizado na observação do dr. Gama, exame neurológico completo. Há alguns anos tivemos oportunidade de apresentar a esta Casa uma observação ilustrativa em que o síndrome de tumor do ângulo ponto-cerebelar se manifestou por cetojo sintomático riquíssimo. O exame do liquor revelou entretanto a existência de um processo de meningite luética. O tratamento específico curou o paciente. A meningite sífilítica figura entre as causas de erro mais frequente no diagnóstico dos neoplasmas de ângulo ponto-cerebelar. A Secção de oto-rino-laringologia e Cirurgia Plástica manifesta ao dr. Carlos Gama, mais uma vez, sua gratidão pela magnífica colaboração trazida aos nossos trabalhos nas duas belas comunicações em que foram focalizados palpitantes assuntos relacionados com a neuro-otologia.

Dr. Carlos Gama: Ao acabar de ouvir tão gentis palavras dos meus amigos e colegas, sinto-me em tal

estado de comoção, que difficilmente me será possível responder-lhes como desejava. Entretanto, posso vislumbrar, através de suas palavras, um intento magnífico, que é o de homenagear, na pessoa de um de seus discípulos, a memória do ilustre professor Vampré, demonstrando assim a imortalidade da obra que elle criou. Assim sendo, fica desvendado o motivo oculto de minha comunicação e peço permissão aos colegas para me pôr à vontade ao responder aos seus comentários. O dr. Mário Rezende mostrou já a necessidade de um eficiente diagnóstico precoce. De fato, à medida que o progresso da neuro-cirurgia vai surgindo, também aumenta a necessidade de um maior esmero por parte dos srs. especialistas nos exames. Por exemplo, os tumores da fossa anterior, especialmente os da hipófise, exigem dos especialistas de olhos uma minúcia enorme em exames bastante difíceis, pois o neuro-cirurgião pede um exame de campo visual, de perimetria, das côres, da intensidade da luz e uma série enorme de exaustivos exames. Mas são estes exames exaustivos que permitem ao neurologista uma localização segura e o cálculo da localização do tumor. Do mesmo modo, os oto-rino-laringologistas são os indicados para dar ao neuro-cirurgião as minúcias do diagnóstico de que elle tem necessidade para poder operar o tumor. Estão neste caso, principalmente, os tumores da fossa posterior. Como exemplo de perturbações da fossa anterior, cito os casos das perturbações das goteiras, nos meningeomas da lâmina crivada. Também o diagnóstico dos tumores do ângulo ponto-cerebelar se baseia quasi que só nos conhecimento dos oto-rino-laringologistas. Ao dr. Paulo Sais, que acaba de ser eleito presidente desta Secção, ao mesmo tempo que eu por uma feliz coincidência também fui eleito presidente da Secção de Neuropsiquiatria, faço um apêlo para uma maior ligação entre os neurologistas e os oto-rino-laringologistas. Ao dr. Francisco Hartung agradeço o aparte sempre cordial

de amigo e por isso mesmo suspeito, no qual salientou a questão da técnica cirúrgica, ao mesmo tempo que justificou o fato de, em certas circunstâncias, passar despercebido ao otologista certas lesões encefálicas, quando o sofrimento ainda é pequeno. Apelamos, entretanto, aos otologistas que tomem atenção para os casos em que há suspeita neurológica, pois nenhum especialista pode deixar passar um sintoma evidenciador de um tumor. Ao dr. Gabriel Pôrto respondo que, no caso presente, foi prevista também a hipótese de sífilis, como, aliás, sempre fazemos. Neste caso, entretanto, todos os exames foram negativos. Agradeço, no mais, as suas palavras por demais gentis, e na sua pessoa saúdo os especialistas

de Campinas e de todo o Estado de São Paulo. Ao dr. José Eugênio Rezende Barboza, que nos dá o prazer de colaborar na clínica neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade, fazendo a parte de neuro-oto-rino-laringologista, iniciou o seu aparte, declarando honrar-se como rebento que liga a escola do prof. Vampré à do dr. Mário Otoni de Rezende. Com a demonstração que acaba de fazer do seu profundo conhecimento nesta parte especializada dentro da oto-rino-laringologia, veio reforçar meu parecer de que os otologistas estudiosos terão prazer em fazer acurados exames neurológicos, desde que sejam diretamente interessados nos diagnósticos e em suas confirmações cirúrgicas ou anatômicas.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 16 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO

Estudo clínico do hiperparatireoidismo — DR. J. A. DE MESQUITA SAMPAIO — O A., baseado em copiosa documentação própria, através do estudo clínico, bioquímico e radiológico de casos elucidativos com projeção de dispositivos apresentou pontos de vista pessoais a respeito da etio-patogenia do hiperparatireoidismo. A seguir, estudou detidamente a sua sintomatologia clínica, sempre destacando os principais elementos diagnósticos. Estabeleceu como elementos fundamentais para o diagnóstico os sinais sanguíneos (hipercalcemia, hiperfosfatemia, hipofosforemia), urológicos (calciúria, fosfatúria, nefrolitíase), radiológicos e elétricos. Traçou, por fim, firmado o diagnóstico, as linhas gerais de tratamento. Este será etiológico, quando desvendada a causa, vitamínico, cálcico, dietético; radioterápico em certas eventualidades e, finalmente, cirúrgico, pela paratireoidectomia.

Diagnóstico radiológico e diferencial do hiperparatireoidismo — PROF. DR. RAFAEL DE BARROS — O estudo das perturbações osseas paratireoidéias até há pouco tempo envolto em grande ignorân-

cia e confusão é, sem dúvida, hoje, depois da memorável intervenção de Mandl, baseado nas experiências de Herdheim, um dos capítulos mais interessantes da patologia endócrina. Foi das mais felizes a escolha do tema feito pelo nosso presidente, dr. Paulo de Almeida Toledo, para que o assunto seja apresentado e discutido em plenário nessa sessão. Descreveremos em primeiro lugar a moléstia de Recklinghausen que foi durante longos anos confundida com a osteomalacia e a moléstia de Paget. Conhecida geralmente com a denominação de osteíte fibro-quística generalizada, moléstia de Engel-Recklinghausen, etc, preferimos a de osteose paratireoidéia, mais de acôrdo com a sua etiologia não inflamatória. Sob o ponto de vista radiológico, podemos distinguir quatro formas: A forma osteoporótica, que é caracterizada pelas lesões destrutivas que se processam por osteoclasia. Nos ossos longos observamos destruições da cortical, que se processam sobretudo pela sua face interna ou medular com a presença de imagens em "concha" ou "meia lua", o processo de neoformação é reduzido e os ossos se

apresentam como tubos vasios. Na forma tumoral notam-se formações quísticas, arredondadas, de maior transparência com adelgaçamento da cortical e o osso se deforma como vidro soprado, com formações de cavidades septadas por finos tabiques ósseos. Outras vezes, as cavidades são constituídas pelos osteoclastomas, que são sédes frequentes de fraturas patológicas. A forma pagetoide é caracterizada pela sua evolução lenta, estacionária, notando-se neoformações que apresentam um trabeculado novo, muito irregular, com disposição arquiteônica muito complexa. Na forma malálica, que se observa no estado final da moléstia, o tecido ósseo sofre uma profunda desmineralização, com formações osteoides, sem contraste com as partes moles, sendo difícil de se obter radiografias convenientes. Em seguida, foram apresentadas várias radiografias dos diversos tipos de osteose paratireoidéia, seguindo-se a projeção de radiografias de casos de moléstia de Paget com o seu típico aspecto hiperostótico peróptico e suas características incurvações. As lesões não são generalizadas como na osteose paratireoidéia e é frequente a degeneração sarcomatosa. Na osteomalácia a etiologia e o aspecto radiológico são caracteres distintivos. Pode-se ainda confundir com os condromas ou com a condromatose generalizada, cujos dispositivos evidenciaram o aspecto radiológico dessas duas lesões. A moléstia pode ser confundida com as lesões do tipo das tcamoses, nos quais o tecido ósseo é substituído por lipóides, mas a diabetese, a exoftalmia e as grandes imagens lacunares são elementos que afastam toda confusão. Deve-se levar em conta o aspecto dos ósteo-sarcomas na sua fase inicial, mas, a evolução rápida desses tumores com suas formações radiadas invadindo as partes moles constituem caracteres distintivos. Apresentamos no diagnóstico diferencial os tumores metastáticos, cuja evolução rápida exclui toda confusão. Lesões semelhantes são observadas na osteosarrose, sobretudo na sua forma tardia, descrita por Porek

e Durante, observando-se grande fragilidade óssea, além da esclerótica azul e a surdês. Como manifestação paratireoidéia observamos lesões ósseas e esofragianas na esclerodermia com erosão e osteolise das falangetas. Finalmente, são lesões consequentes às perturbações paratireoidéias as osteoartroses com suas características radiológicas devido à mobilização cálcica. Observam-se destruições sub-condrais e das superfícies articulares, formações de osteofitos e de nódulos de Bouchard e Heberden. Na sua fase mais adiantada as formações, a princípio fibrosas, depois ósseas, terminam com anquilose e completo bloqueio articular.

Indicações e resultados do tratamento cirúrgico do hiperparatireoidismo — DR. S. HERMETO JUNIOR — O A. iniciou o seu relatório salientando as características fundamentais anátomo-clínicas dos síndromes de hiperparatireoidismo. Salientou a importância da radiologia na individualização dos síndromes de osteose paratireoidiana: neste particular, o A. baseou o estudo das lesões reveladas aos raios X na sua casuística de 5 observações. O A. salientou a importância dos dados bioquímicos na individualização dos síndromes do hiperparatireoidismo; neste particular o A. salientou que geralmente não encontrou modificação da calcemia e da fosfatemia em 15 doentes portadores de ósteo-artroses e em 2 doentes com esclerodermia; no entanto, os seus casos de moléstia de Recklinghausen (5) apresentavam hipercalcemia, hipofosfatemia e hiperfosfatemia. O A. acha que as paratireoidectomias apresentam indicação formal na moléstia de Recklinghausen, enquanto que as mesmas se justificam dentro de certos princípios fisiopatológicos, no tratamento das ósteo-artroses e esclerodermias. Dos 5 doentes com moléstia de Recklinghausen, 3 apresentavam até o momento resultados apreciáveis, enquanto os restantes 2 doentes ainda se mantêm inalterados. Dos 15 doentes com ósteo-artroses e após a reoperação de 4 doentes, as me-

horas apreciáveis se observaram em 8 doentes. Em 2 doentes portadores de esclerodermia o A. observou notáveis melhoras numa forma localizada, enquanto que na portadora de um síndrome difuso o resultado fôra nulo.

Comentários: Dr. Carmo Mazzilli: Elogiou o dr. Rafael de Barros que em sua exposição esgotou tudo o que havia sobre o assunto. Entretanto, o prof. Barros, naturalmente pela escassez do tempo, omitiu em sua exposição, o caso das lesões dos discos intervertebrais. O fato de êle ter apresentado todos os casos baseados em observações próprias, tem ainda mais valor, pois trouxe os frutos de sua grande experiência, podendo dispensar a citação dos casos clássicos dos livros. Quanto à questão da nomenclatura, o prof. Barros se manifestou favorável ao nome de osteose hiperparatireoidiana, mas em minha opinião o nome mais próprio seria osteose fibrocística. Hirsch afirma que a etio-patogênia de ambas é a mesma. Um outro ponto interessante é a questão dos tumores de células gigantes. Há cerca de mais ou menos 5 anos, tivemos um caso destes, que se apresentou com fraturas ósseas, em tudo semelhante ao que acontece no caso de hiperparatireoidismo e hoje tendemos a acreditar que se tratava, pelos informes ulteriores, de um caso de osteose fibrocística. Este assunto, além de bastante difícil, necessita de estudos mais aprimorados, de modo que os seus desbravadores merecem os nossos mais calorosos cumprimentos.

Dr. Mesquita Sampaio: O dr. Hermeto Júnior, em sua exposição, se viu obrigado, por falta absoluta de tempo, a se restringir aos limites mais reduzidos possíveis sobre a orientação do tratamento cirúrgico. Deve-se dar, entretanto, (e este ponto não foi tratado), grande importância à questão do post-operatório dos doentes operados de hiperparatireoidismo, pois é muito frequente ocorrer, após a retirada da paratireóide, um síndrome de hipoparatireoidismo, e isto decorrente da inatividade rela-

tiva a que se habitua as outras paratireóides em face de uma paratireóide hiperfuncionante — já operada. Assim sendo, o tratamento post-cirúrgico é de grande importância e devemos dar ao paciente em questão hormônio paratireoídiano, vitamina D e cálcio em doses adequadas e por tempo indeterminado, para evitar este contratempo.

Prof. dr. Rafael de Barros: Agradeceu as palavras do dr. Mazzilli. Quanto à questão do nome a ser dado à moléstia, disse que a questão é puramente pessoal, pois na realidade os nomes são os mais variados, conforme os AA. que estudaram a questão.

Dr. Hermeto Júnior: Agradeceu a atenção de todos os presentes em torno do seu trabalho. Lamentou o fato de ter sido obrigado a fazer uma exposição tão rápida em torno de assunto tão importante. No que diz respeito aos comentários do dr. Mesquita Sampaio, disse que todos os seus doentes, após a operação, tomam, pela manhã e à tarde, uma ampola de gluconato de cálcio. Até hoje não tem tido nenhum acidente: apenas no segundo caso que operou, um caso muito grave, o doente apresentou, ao nível dos dedos, contrações fibrilares que não causaram nenhum dano ao doente, e desapareceram depois de 3 a 4 dias. Um fato importante de ser observado é o seguinte: sempre que não se encontrar o adenoma, deve-se tirar as paratireóides de um lado só, pois só assim não se tem acidentes. Caso tirarmos as paratireóides dos dois lados, haverá, fatalmente, um quadro de hipoparatireoidismo. Os acidentes que podem sobrevir não contra-indicam, portanto, a operação.

Dr. Paulo de Almeida Toledo: Com estas palestras, encerram-se as atividades da Secção de Medicina do corrente ano, cumprindo-me, como presidente da mesa, agradecer o modo brilhante com que os AA. dos trabalhos da sessão de hoje contribuíram para isso. Cumpre-me apenas, seguindo a norma pela qual tenho me guiado na presidência desta Secção, fazer algumas considerações finais. É interessante notar as dificuldades de

que se rodeiam as moléstias dos ossos quanto ao seu diagnóstico e principalmente, quanto ao diagnóstico radiológico. Isto se deve ao fato de os ossos reagirem apenas por duas formas: ou por formação de tecido ósseo ou por destruição do mesmo; tanto assim, que, ha mais ou menos uns 50 anos atrás, todas estas moléstias ósseas eram consideradas como uma única entidade nosológica, com aspectos vários e que constituíam o grupo das malácias. Mais tarde, foram elas divididas em 3 grupos distintos. Assim sendo, o diagnóstico diferencial entre estas moléstias é bastante interessante, pois entre elas

não existe nem clínica e nem, radiologicamente falando, nenhum ponto de contacto. Tanto assim, que, em um individuo que apresente as duas lesões ao mesmo tempo, é possível se distinguir perfeitamente, com mais ou menos dificuldade, os dois processos. Neste caso estão as moléstias de Paget e de Recklinghausen. O aspecto ósseo por elas apresentado é bastante diferente e em alguns doentes pode-se mesmo verificar a transição entre as duas moléstias. Destas observações e do critério clínico seguido, resulta um parentesco nítido entre estas moléstias, o que, entretanto, não as confunde.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 26 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. JARBAS BARBOSA DE BARROS

Minha experiência sobre a lavagem das vesículas seminais (Da sessão anterior) — PROF. ATHAYDE PEREIRA —

Discussão: Dr. Geraldo de Campos Freire: O trabalho do prof. Athayde é um dos mais completos sobre o assunto e se caracteriza pela sinceridade com que foi apresentado. Este assunto é um dos mais difíceis de se discutir; entretanto, direi alguma coisa em tórno dele, mais como homenagem ao seu A. do que como crítica. O dr. Athayde afirmou, entre outras considerações, que o advento da sulfanilamida diminua a indicação das lavagens vesicais. Entretanto, eu diria que em uma vesiculite crônica as sulfamidas pouco ou nada adiantam, pois este tipo de infecção é um dos menos sensíveis à ação das sulfanilamidas. Havendo, entretanto, uma desobstrução das vias espermáticas, as vesiculites se tornam mais sensíveis ao tratamento; a maior dreragem espermática facilita o tratamento. Quanto à denominação de anexite, que foi outro ponto considerado pelo dr. Athayde, com especial referência ao meu nome, respeito o ponto de vista do dr. Athayde, mas continuo, entretanto, com o meu ponto

de vista. A denominação de anexite não é errada, mas pode ser causa de muitas confusões, podendo trazer uma má interpretação, principalmente para aqueles que não são urologistas e não estão habituados com estes termos. Também afirma o dr. Athayde que a lavagem das vesículas seminais é um tratamento eficaz; neste ponto também sou obrigado a discordar, pois as vesículas que temos lavado não se têm em nada beneficiado. Usando a via ejacutória e utilizando-se do aparelho de Mc. Carthy, em 9 % dos casos, não temos podido ver os canais ejaculadores. A este respeito, temos sido muito cuidadosos, principalmente no que se refere ao veru montanum, no qual nunca fizemos diatermo-coagulação, porque quando ele é cauterizado, sua tendência é para estenotar, o que não é desejável. Podemos dizer que apenas em um caso, dentro de 23, é que encontramos vantagem na lavagem das vesículas seminais. Atualmente temos tido, nestes casos, bons resultados com a radioterapia profunda.

Para finalizar os nossos comentários, devo dizer que o trabalho do prof. Athayde é um dos que têm melhor esclarecido o assunto.

Prof. Athayde Pereira: Agradeceu as referências do dr. Campos Freire em torno do seu trabalho. O assunto da lavagem das vesículas é um assunto que estava merecendo uma revisão completa, pois as referências que se faziam em torno dele eram bastante malévolas, deixando mesmo o especialista em posição vexatória, ante tais críticas. No que se refere à questão das sulfamidas, creio que fui bem explícito no meu trabalho, quando me referi a esta parte do problema. Já é bem conhecido o fato da sulfamida não agir quando há focos fechados e, portanto, ela deve ser usada principalmente nos blenorragicos de pouco tempo. A respeito da designação de anexite, continuo acreditando que este termo é exato e é baseado tanto em dados anatômicos como em dados embriológicos, como se pode verificar no livro do prof. Lordy, que esclarece bem esta questão. No mais, torno a afirmar que o meu trabalho foi todo baseado em dados colhidos de um número não muito elevado de casos, mas suficientes para permitir conclusões interessantes e originais sobre as indicações precisas do uso da lavagem das vesículas em clínica.

Dr. Jarbas Barboza de Barros: Apreciou bastante e achou muito

bem conceituado o trabalho do dr. Athayde. Tem lembrança de que, ha alguns anos, houve forte discussão em torno do tema "vasiculografia"; nesta ocasião, teve oportunidade de fazer diversas, por via ejaculatória, mas terminou abandonando o método por achá-lo supérfluo. O mesmo tem notado em relação à lavagem das vesículas, que decaiu bastante depois do advento das sulfamidas. Pelas nossas observações, o efeito da lavagem das vesículas parece que é unicamente sobre a manifestação cataral da vesiculite, que é o único sintoma que desaparece com este método de tratamento. Também tem a impressão de que, em alguns casos, o tratamento prejudicou o trânsito de espermatozoides, se bem que não tivesse feito verificações sistemáticas a respeito. Outra questão que deve ser profundamente discutida entre nós é o diagnóstico de vesiculite. O molde da vesiculite parece ser mais o de uma estase vesicular, uma precipitação do liquido vesicular, causada por uma disfunção das vesículas. Antes de terminar o meu comentário, desejo mais uma vez felicitar o dr. Athayde pelo seu trabalho, baseado exclusivamente em sua experiência pessoal sobre o assunto.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 26 DE MAIO

Presidente: DR. FRANCISCO FINOCCHIARO

Mecanismo de cura da caverna tuberculosa — DR. GERALDO FRANCO — O orador mostrou, inicialmente, que às vezes se observa o desaparecimento rápido de uma caverna, constituindo o que se chama "caverna fantasma". Passando a estudar o mecanismo da cura, analisou a teoria da fibrose retrátil, argumentando com dados clínicos e as verificações da autópsia. As várias teorias nesse sentido propostas não explicam os casos de cura, com o desaparecimento da imagem cavitária. A teoria meca-

nica, abraçada pelos americanos, na qual exerce grande papel o brônquio de drenagem. Essa teoria pode explicar a existência da "caverna fantasma". Discorreu depois sobre as cavernas em hiperpressão graças a vários sistemas de válvula. O mecanismo dessas válvulas seria interrompido dando oportunidade a que a caverna desapareça em virtude de reabsorção do ar, que ficara ali encarcerado. Assim, o fechamento do brônquio de drenagem, que muita vez agrava as condições do doente, outras vê-

zes conduz à cura. Apresentou a seguir uma observação pessoal de caverna fantasma, fazendo, a propósito, interessantes comentários.

Discussão: O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se ao valor das infecções associadas no tuberculoso pulmonar, passível de terapêutica ativa com visível benefício para o doente; disse que o caso do dr. Geraldo Franco é uma prova contra a teoria da fibrose como único mecanismo do desaparecimento das cavernas; referiu-se ainda à aspiração das cavernas, lembrando o método de MacDowel, que, ao mesmo tempo que instilava Gadusan, também procedia à drenagem das cavernas.

O dr. Francisco Finocchiaro tratou do valor das adenites satélites, preconizando a sua conservação como possibilidade de uma imunização ativa do doente.

O dr. Geraldo Franco concordou com os pontos de vista do dr. Eurico, fazendo notar, porém, que no método MacDowel as punções frequentes podem determinar congestão e esclerose, processos que também favoreceriam o desaparecimento das cavernas.

Epididimite linfogranulomatosa — DR. NELSON CAYRES DE

BRITTO — O A. acentuou, de início, a raridade da ocorrência. Leu a observação detalhada do caso, exibindo a documentação comprobatória do diagnóstico. Fez o tratamento com o Lutazol, que deu resultados satisfatórios. Referindo-se à literatura nacional, assinalou os trabalhos dos drs. Paulo Bressan e Carlos da Silva Lacaz e uma publicação do dr. Finocchiaro em "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia" sobre um caso de orquiepididimite linfogranulomatosa. O A. discorreu a seguir sobre vários aspectos da moléstia, notando as idéias mais modernas sobre o assunto.

Discussão: O dr. Francisco Finocchiaro falou sobre particularidades do seu caso referido. Apresentou depois um caso de localização na nádega, onde havia fístulas múltiplas, sem lesões dos órgãos vizinhos.

O dr. José Saldanha Faria cuidou da terapêutica, lembrando o processo mexicano por meio do xylal por via oral, com o qual Herrera Tejada tem obtido curas rápidas da linfogranulomatose.

O dr. Nelson Cayres de Britto frisou a raridade do seu caso e as dificuldades terapêuticas.

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSÃO DE 26 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. GASTÃO ROSENFELD

A propósito das icterícias — DR. J. MENDONÇA CORTEZ — O A. se aproveita da observação de um caso de doença de Mathiew-Weil, para estudar as icterícias infecciosas. As icterícias infecciosas constituem um grupo de doenças as mais variadas, apresentando elas de comum, tão somente uma icterícia mais ou menos acentuada associada ao quadro de tipo infeccioso mais ou menos grave. Cita vários estudos sobre as icterícias, entre os quais os de Hendt, que

dá aos lóbulos hepáticos papel na gênese das icterícias, os de Iuada & Ito no Japão e as de Hubener & Ulenhut na Alemanha, que descreveram o "Spirocheta icterohemorragico", permitindo assim, identificar uma forma clínica e de laboratório de icterícia infecciosa, que é a Espiroquetose icterohemorragica ou doença de Mathiew-Weil. Apresenta a seguir a observação de um doente, examinado recentemente, onde teve oportunidade de ver o diagnóstico clínico ser con-

firmado com o diagnóstico do laboratorista, confirmando tratar-se de um caso de Espiroquetose icterohemorrágica. Estuda a seguir, as maneiras de contágio, causas predisponentes, fases evolutivas, formas clínicas mais comuns e outras de menor incidência, a incidência nos vários países e, nos diversos meios de diagnóstico bacteriológicos, que é o mais eficiente. Para terminar, apresenta o esquema de Chabral, que é o que melhor ilustra o quadro das icterícias infecciosas.

Arriboflavinose — DR. J. DUTRA DE OLIVEIRA — Fala sobre a importância do diagnóstico precoce

das disvitaminoses, uma vez que a eficiência é notável neste período inicial. Passa em revista os meios de que o clínico pode dispor para o diagnóstico das precarências de grupo B. Ressalta a afinidade fisiológica dos componentes do grupo, da raridade das carências únicas e do predomínio das múltiplas, porém sempre relacionadas aos fatores afins. Trata do valor dos exames de laboratório e das provas biológicas. Quando não são possíveis tais recursos o clínico lançará mão da prova terapêutica. Cuida afinal, das manifestações oculares na Arriboflavinose e pede a atenção dos especialistas.

SESSÃO DE 26 DE MARÇO

Presidente: DR. GASTÃO ROSENFELD

Moléstia de Chagas — DR. OSCAR MONTEIRO DE BARROS — O conferencista, de início, frisa que não vai tratar da moléstia de Chagas propriamente dita, em todas os seus detalhes, pois esse é assunto sobejamente conhecido, mas apenas de alguns aspectos mais interessantes dela, vistos à luz de estudos bem recentes. Faz, em seguida, um resumo histórico do assunto e relembra as vicissitudes por que tem passado a moléstia: a princípio, grande sensação e curiosidade em torno dela, por parte do mundo científico; depois descaso e mesmo dúvidas sobre sua importância e verdadeiras polêmicas sobre sua significação; finalmente, hoje, depois dos trabalhos argentinos e da demonstração da importância do sinal de Romana, aliás já descrito por Carlos Chagas, novo interesse

em relação ao mal e descoberta de numerosos casos, entre nós e nos demais países da América do Sul. A propósito, encarece a importância da moléstia, que deve ser mais procurada, pois os casos devem ser muito mais frequentes no nosso país, do que faz prever a relativa escassez dos casos relatados. Consta os clínicos do interior a estudarem o assunto. Detém-se um pouco ao tratar de certos aspectos clínicos da moléstia e do diagnóstico clínico dos casos agudos e crônicos. Em seguida se refere ao diagnóstico de Laboratório e frisa a importância do xenodiagnóstico e da reação de Machado e Guerreiro. Finalmente se detém na questão do tratamento e cita os trabalhos de Mazza com o 7602 da Bayer.

DRAGEAS	DESENSIBILISAÇÃO	GRANULADOS
AOS CHOQUES		
PEPTALMINE		
ENXAQUECAS	<small>Fabricada no Brasil com licença especial e sob o controle do LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIQUES-Paris</small>	URTICARIA
PERTURBAÇÕES DIGESTIVAS	<small>Únicos distribuidores para todo o Brasil</small>	ESTROPHULOS
PER ASSIMILAÇÃO DEFETUOSA	SOCIEDADE ENILA LTDA. Rua Riachuelo, 242 — Rio	PRURIDOS · ECZEMAS

Rotary Club de São Paulo

CONFERENCIA EM 8 DE JUNHO

Tifo exantemático no Brasil

— PROF. DR. OTAVIO MAGALHÃES

O tifo exantemático é uma moléstia infectuosa cujos aspectos clínicos são muito variáveis. Há formas inaparentes, benignas, graves e fulminantes. A mortandade das formas graves varia de 87 a 100% dos doentes. A descoberta da moléstia no Brasil foi feita por pesquisadores paulistas, mas hoje já se sabe, com certeza, que ela existe também em Minas e no Estado do Rio. A moléstia é mais rural que suburbana ou urbana. O contágio direto, se existe, deve ser muito difícil. Os aspectos clínicos fundamentais das formas graves, as que mais nos interessam neste momento, são o exantema polimorfo, que é um complexo fenómeno cutâneo da moléstia e o estado tífico, de verdadeiro "estupor" que os doentes, de regra, apresentam. A forma grave da moléstia não tem, no estado atual dos nossos conhecimentos, terapêutica específica. Nós já tentamos 20 e tantos remédios diferentes, sem que tivéssemos conseguido qualquer resultado apreciável. A morte se processa, na maioria absoluta dos casos, dentro de 8 dias após o aparecimento do primeiro sintoma mórbido. Estão sujeitas a contrair o mal, principalmente aqueles que vivem nos focos declarados da moléstia, sendo que raramente os indivíduos que passam apenas pelo local contraem a infecção. A moléstia se transmite pela picada do carrapato, o mais comum dos nossos campos e pode também ser adquirida, como acabamos de rebo-

servar em Belo Horizonte, pela picada de percevejo. Enquanto não tivermos o emprêgo largo de uma vacinação preventiva, segura e racional, podemos recorrer ao que já se sabe sobre o modo de transmissão pelos artrópodes.

Para transmitir com segurança a doença aos animais de laboratório foi necessário deixar um carrapato infectado sugar um animal sadio durante cerca de 30 horas. Está também provado que o maior número de casos se verificam no fim do inverno, início da primavera e verão. Isso porque nesta época dominam as ninfas dos carrapatos. Para evitar a moléstia sabendo quão grande é a paixão pelas caçadas nos Estados do Rio, São Paulo e Minas Gerais é aconselhável: Primeiro, não dormir em cafés ou casas do interior que tenham percevejos ou carrapatos, sabido como é que as infecções dentro dos domicílios já têm sido apuradas de uma maneira decisiva e que se os carrapatos necessitam muito tempo para infectar, os percevejos, conforme verifiquei, são capazes de transmitir a moléstia com uma única picada. Outro conselho perfeitamente cabível é de que uma vez apanhado o carrapato nas caçadas, passeios, etc., em qualquer dos estados da sua evolução, será sempre conveniente retirá-los do corpo no máximo após 12 horas da sua fixação. E', aliás, com um pouco menos de amplitude em horas o que aconselha o Dr. R. R. Parker, dos E. U. da América do Norte, para um dos combates à moléstia exantemática naquele país.

Outras sociedades

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 1º de junho, ordem do dia: Siringulbia de origem escorpíonica — Prof. Otávio Magalhães.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 2 de junho, ordem do dia: Ozena e casamento — Prof. Ernesto Moreira.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 13 de junho, ordem do dia: Mielo-displasia e lepra. Diagnóstico diferencial — Dr. Oswaldo Freitas Julião.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, sessão de 30 de maio, ordem do dia: A difteria no escolar — Dr. Sílvio Marone; Iluminação natural e artificial nas escolas — Dr. Jacques Tupinambá; O problema das tinnhas nos escolares — Dr. B. Mendes de Castro.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 12 de maio, ordem do dia: A pituitrina intramural na operação cezareana — Dr. Eurico

Branco Ribeiro; Hérnia estrangulada em um caso de eritorquidia intrabdominal — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 9 de junho, ordem do dia: Perfuração de tumor do delgado — Dr. Adhemar Nobre; Mama sangrante — Dr. Waldemar Machado; Osteotomia intraarticular na anquilose do joelho — Dr. Ruy de Sousa Ramos.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 20 de junho, ordem do dia: A discromatopsia e sua importância prática — Dr. Friedrich Mueller; Sobre um caso de estrabismo — Dr. Souza Dias.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Técnica de los métodos de exploración clínicos — M. KLOPSTOCK e A. KOWARSKI, edição castelhana de Editorial Labor, Buenos Aires, 1941.

Trata-se de um excelente manual de técnica de laboratório, tanto que já alcançou, na Alemanha, nada menos de 12 edições. Os métodos clínicos de exploração, tanto químicos, como microscópicos são expostos com minúcia e precisão, orientando o leitor desde a colheita do material até a leitura terminal das reações e a maneira de ditar os resultados. As causas de erro são apontadas, afim de precaver o analista contra possíveis enganos. O volume contém cerca de 500 páginas além de 25 planchas a cores.

Operaciones urgentes — W. TEJERINA FOTHERINGHAM, 2 vols., El Ateneo (Florida, 344), Buenos Aires, 1942.

Vem recebendo as mais elogiosas referências da imprensa médica do Continente a obra publicada no

início deste ano pelo conhecido professor de Patologia Cirúrgica da Faculdade de Rosário, na República Argentina. De fato, trata-se de um empreendimento de alto valor, não só pela orientação didática firmada em toda a obra como pela maneira pessoal com que o autor encara os assuntos, baseado na sua larga experiência de cirurgia consagrada. Assim, o livro contém, ao lado dos conceitos clássicos, numerosos detalhes de técnica oriundos da própria experiência do A. Mas não se trata tão só de um livro de técnica, escrito e ilustrado caprichosamente, mas também de um livro de clínica, em que as contingências agudas são apreciadas com alto critério crítico, donde resulta a tática do tratamento a indicar. O A. mostra a necessidade de uma associação íntima do cirurgião com o internista, pois a ambos cabem, na maioria dos casos de urgência, os louros dos resultados felizes. Os 2 volumes contêm 1.116 páginas com mais de 300 magníficas gravuras.

PHILERGON - FORTIFICA DE FATO

Folhetos e Separatas recebidos

Cistos da vagina — LICÍNIO H. DUTRA, Revista de Ginecologia e D'Obstetrícia, Rio de Janeiro, XXXVI, abril de 1942.

Carcinoma do pênis — JOSÉ MARIA DE FREITAS, Revista Paulista de Medicina, XIX, setembro de 1941.

Fístulas ano-retais e seu problema cirúrgico — Raul Ribeiro da Silva, Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, S. Paulo, VI, agosto de 1941.

Dificuldades na leitura como causa de atraso no estudo — MOACIR E. ALVARO e ELEANOR BROWN MERRILL, Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, IV, nº 4.

Meningite pneumocócica. Operação e sulfamidoterapia. Cura — FRANCISCO HARTUNG, Revista de Oto-rino-laringologia, S. Paulo, X, março-abril 1942.

A propósito de um caso de doença de Koehler — JORGE FERREIRA MACHADO, Medicina Cirúrgica Farmácia, Rio de Janeiro, nº 71, fevereiro de 1942.

Infección activa del canal genital postparto — JUAN B. GONZALEZ, La Semana Médica, Buenos Aires, nº 15, 1941.

La responsabilidad organica de la mujer a la maternidad y la natalidad de la Nación respecto a dicha responsabilidad — JUAN B. GONZALEZ, La Semana Médica, Buenos Aires, nº 31, 1940.

El sistema antiluetico del Instituto Maternal y Asistencia Social de Flores (Hospital Teodoro Alvarez) — JUAN B. GONZALEZ, La Semana Médica, Buenos Aires, nº 11, 1941.

A proposito de la operación de Torek — RAFAEL J. BABBINI, Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario, Argentina, VIII, novembro de 1941.

Hundimientos craneanos. Plásticas — RAFAEL J. BABBINI, RAUL D. BARCELONE e JUAN B. ALBERTENGO, Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario, Argentina, VIII, outubro de 1941.

The Rockefeller Foundation, relatório de 1941, por RAYMOND B. FOSDICK, New York.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXVI, 85-116, abril-maio 1942 — Estrógenos artificiais sintéticos — D. M. Gonzalez Torres; Transfusor e aspirador "Jab" — J. A. de Arruda Botelho; Eimerídias de lagartos do gênero *Cnemidophorus* — A. Carini; A ação terapêutica de alguns compostos sulfanilâmídicos na infecção experimental por toxoplasmas — E. Biocca e R. Pasqualin.

Publicações Médicas, 1-72, maio 1942 — Tromboflebite do seio lateral e da jugular interna — Antônio P. Corrêa; Eritrodermia esfoliativa generalizada em lactante — Alberto Nupieri; A otoesclerose — Orozimbo Corrêa Neto; Odisséia de um furúnculo no rosto — Mauro de Alvarenga.

Resenha Clínico-Científica, XI, 207-250, junho de 1942 — Al-

terações musculares consequentes à simpaticectomia — Carlo Foá; Relações entre a doença de Flaiani-Basedow e aparelho diencefalo-hipofisário — Armando Businco.

Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringologia, X, 220-286, março-abril 1942 — Broncografia — Fábio Belfort; Tuberculose da língua — Aristides Monteiro; Meningite pneumocócica. Operação e sulfamidoterapia — Francisco Hartung; Condroma do osso hióide — Ermiro de Lima; Proteção contra o contágio direto do médico em Rino-Laringologia — P. Mangabeira Albernaz.

Revista Clínica de S. Paulo, XI, 60-88, março 1942 — A estenose infantil do cardia com dilatação do esôfago — Gottfried Boelm; Hormônios em clínica — Mateus Vasconcelos.

89-120, abril de 1942 — Leishmaniose visceral americana — C.

Monteiro de Barros e Gastão Resenfeld; Úlceras gastro-duodenais — Luciano Decourt.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, VIII, 39-76, março-abril 1942 — É a filosofia uma ciência? — James Ferraz Alvim; Estudos sorológicos — Alcides Benício.

Revista Paulista de Medicina, XX, 59-118, fevereiro de 1942 — Hemocromatose — A. Valente e L. de Assis; Câncer primitivo da vesícula biliar — J. M. de Freitas; Transfusão do plasma sanguíneo — J. M. de Camargo e J. Gonzaga de Carvalho.

São Paulo Médico, XV, 195-264, março de 1942 — Cirurgia de guerra — Ruy de Arruda Camargo; Peralços da terapêutica convulsivante pelo Cardiasol — J. N. de Almeida Prado; Socialização da medicina — Moacir Navarro.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO ESPECIAL, EM 1.º DE JUNHO

Homenagem ao prof. dr. Otávio Magalhães — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo recebeu, no dia 1.º de junho, em sessão especial, o prof. Otávio Magalhães, catedrático de Fisiologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais e um dos cientistas de maior projeção do Brasil contemporâneo.

Com a presença de professores da Faculdade de Medicina de S. Paulo e da Escola Paulista de Medicina, médicos e outras pessoas gradas, o prof. Mesquita Sampáio, presidente da Sociedade, abriu a sessão, congratulando-se com a casa pela pre-

sença do professor Otávio Magalhães, um dos luminares da ciência brasileira, a quem a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo tinha a honra e o prazer de conferir, naquele momento, o título de sócio honorário. distinguindo, assim, os inestimáveis serviços que o ilustre mestre vem proporcionando à medicina brasileira. Para a saudação ao visitante o presidente deu a palavra ao prof. Carlos Gama, que em breve e incisiva oração pôs em destaque a obra científica do prof. Magalhães, enaltecendo especialmente sua valiosa contribuição à luta contra o veneno escorpiónico, tão disseminado em nosso país.

o-
his

il-
I,
a
es
ri-

a,
-
e
is
a;
-
ps

5-
is
a-
as
J.
io
o.

r-
a
e
o
-
e
-
e
r
a
e
e
o
-
o
o
o